

400

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 Juillet 1895, à 1 heure

Par Georges LEBLANC,

Né à Fleurier (Suisse), le 24 mai 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Bactériologique et anatomopathologique

DE LA BARTHOLINITE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. GUYON, professeur.
SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

400

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 Juillet 1895, à 1 heure

Par Georges LEBLANC,

Né à Fleurier (Suisse), le 24 mai 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Bactériologique et anatomopathologique

DE LA BARTHOLINITE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. GUYON, professeur.
SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DoyenM.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BE GER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE CHÉRI

ET DE

MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES, DE BESANÇON ET DE PARIS

INTRODUCTION

La question que nous nous proposons de traiter n'est pas nouvelle.

Nombreux sont en effet les auteurs français et étrangers qui l'ont déjà étudiée et mise au point. Nous croyons toutefois qu'elle n'est pas épuisée, car de nos jours, les esprits, éclairés par les progrès incessants de la bactériologie et de l'anatomie pathologique tendent à approfondir l'étude des moindres affections et c'est à l'aide de ces flambeaux scientifiques, que nous espérons pouvoir présenter notre modeste travail sous un jour plus nouveau.

C'est en effet, sur le terrain de ces deux sciences, qu'aboutissent les discussions de toutes les affections médico-chirurgicales. Or on a peu ou presque pas causé jusqu'à ce jour des lésions microscopiques déterminées par le processus inflammatoire dans la glande vulvo-vaginale. Quelles sont ces lésions, à quel agent sont-elles dûes ? C'est que nous nous proposons de rechercher ; mais avant d'arriver au cœur de la question, nous jetterons un coup d'œil rétrospectif sur les ouvrages anciens et moder-

nes qui ont étudié l'organe qui nous occupe ainsi que les affections, dont il est le siège (Historique).

Nous décrirons ensuite, l'appareil normal et le rôle qu'il est appelé à remplir dans les fonctions de l'organisme (Anatomie et Physiologie).

L'étude des causes, (Etiologie) nous amènera à considérer celles qui semblent échapper à nos yeux, mais qu'on peut déceler à l'aide du microscope (Bactériologie).

Nous examinerons alors, à l'aide de ce précieux instrument, les coupes de tissus malades que nous avons pu nous procurer et consignerons le résultat de nos recherches (Anatomie pathologique).

L'étude de l'affection proprement dite nous occupera ensuite et nous verrons ses Symptômes, sa Marche, sa Durée, ses Terminaisons. Nous apprendrons à en faire le Diagnostic et à savoir en réserver le Pronostic.

Enfin, la communication des Observations que nous avons pu recueillir, viendra en dernier lieu fournir une preuve démonstrative des descriptions et des réflexions que nous aurons faites.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes profondément reconnaissant à tous les maîtres, qui de près ou de loin, ont éclairé et guidé nos pas dans la science.

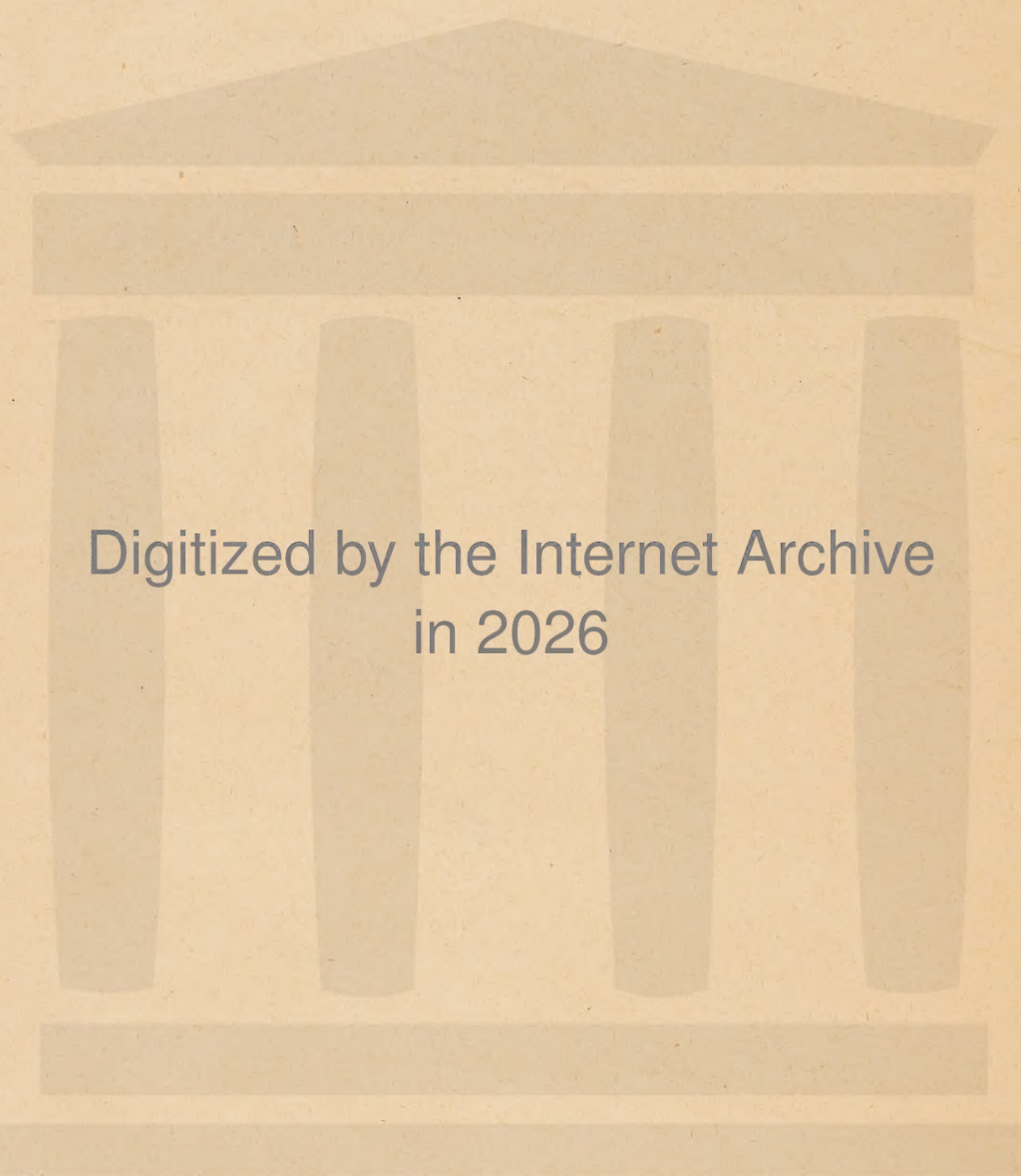
Monsieur le Professeur Berger en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous le remercions sincèrement. Nous avons trop été à même d'apprécier l'enseignement de ce cher Maître, à l'hôpital

Lariboisière, pour oublier jamais, ce que nous lui devons.

Monsieur le Professeur Terrier et Monsieur le Docteur de Beurmann ont droit à toute notre reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il nous ont ouvert leur service et facilité nos recherches.

L'idée de notre sujet nous a été inspirée par M. Mignot, Interne des hôpitaux. C'est sous sa direction et dans son laboratoire que nous avons pu faire nos expériences bactériologiques. Nous lui exprimons ici toute notre gratitude. Enfin les figures qui rehaussent et complètent notre travail, sont dues à la plume artistique de notre meilleur ami M. Iselin, Externe des hôpitaux. Il s'est fait un plaisir de nous rendre ce service ; nous restons son obligé reconnaissant.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0042

Historique

C'est Gaspar Bartholin, fils de Thomas Bartholin, qui le premier a décrit dans son ouvrage intitulé : « *De ovariis mulierum Romae 1677* » le corps glanduleux appelé encore aujourd'hui glande de Bartholin. Toutefois, cet auteur lui-même attribue la découverte de cet organe à J. Duverney, qui l'a reconnu pour la première fois sur la vache et l'a décrit ensuite chez la femme. Il est juste de dire enfin, que la voie de cette découverte a été préparée à ces deux anatomistes par Planzonni, qui dans son traité intitulé : « *De partibus generationi inservientibus. Padoue 1831.* » mentionne (sur les parois latérales du vagin l'existence de deux trous borgnes ou lacunes dans lesquelles est contenue une humeur sero-muqueuse). Santori a précisé encore mieux que Bartholin la situation de ces glandes.

Cowper dans son anatomie générale imprimée en 1698 les a très bien décrites.

Boërhaave dans son Traité de la Syphilis en parle avec une grande précision.

Dans son traité de la maladie vénérienne, Delametrie s'exprime comme Boërhaave.

Enfin Morgagni, Garengeot, Verheyen, Winslow, Verdier, Didier, Haller, Hunter, Cuvier, ont tous dans leurs ouvrages signalé l'existence et rapporté des descriptions plus ou moins complètes de cet appareil.

Tous ces travaux anatomiques auraient, semble-t-il, dû éveiller l'attention des pathologistes ! Il n'en est rien ; et on en demeure étonné, en constatant que jusqu'à cette époque, les traités généraux de pathologie et même les ouvrages spéciaux ayant trait aux maladies des femmes ne font aucune mention des affections des glandes qui nous occupent.

Boërhaave cependant, avait reconnu « qu'il n'est pas rare dans la blennorrhagie, de voir le virus vénérien s'étendre jusqu'aux lacunes des parties latérales du vagin, qui laissent alors couler un liquide purulent par leur ouverture ».

Hunter parle d'abcès des corps folliculaires.

En 1837, Robert observe l'inflammation des follicules muqueux de l'entrée de la vulve et présente, en 1840, à l'Académie de Médecine un mémoire concernant cette affection.

Denis en 1841, dans une lettre adressée au rédacteur des Annales de la Chirurgie partage les idées de l'auteur que nous venons de citer.

Les noms de Cloquet, de Blandin méritent d'être mentionnés, de même que ceux de Grimault et Martin Saint-Ange, qui dans leur Histoire de la génération de l'homme ont consacré quelques pages aux maladies de la glande que nous étudions.

Tiedmann, en 1840, publie en Allemagne le résultat de ses recherches et son travail est plus heureux que celui de ses prédécesseurs.

Dans son dictionnaire publié en 1846, (T xxx art. Vulve Phlegmon et Abcès. P. 978), Velpeau donne de la maladie une description symptomatique, étiologique et diagnostique tracée de main de maître. Mais nous jugeons avec Huguier qu'il méconnaît quelquefois le siège de l'affection en disant : « Les abcès de la grande lèvre ne sont pas des adénites, des inflammations de la glande vulvo vaginale, et je suis même porté à croire que la glande de Bartholin reste toujours étrangère à tout travail phlegmasique se développant dans les parties génitales externes de la femme ».

Enfin nous arrivons aux remarquables travaux d'Huguier, qui, en 1846 présente à l'Académie de médecine son « Mémoire sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme ». Cette œuvre à laquelle il faut joindre celle (1) publiée par le même auteur dans les Annales des sciences naturelles de 1850, (Zoologie), crée pour ainsi dire la pathologie des glandes vulvo-vaginales, et tous les travaux parus dans la suite se sont inspirés de ce travail.

En 1849, est édité le travail de Bolze (Zur pathologie der Bartholinischen Drüs en. In Prager Viertel).

(1) Appareil sécréteur des organes génitaux externes chez la femme et chez les animaux. Pag. 246 et suiv.

Faguet dans sa thèse, « Des abcès des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale. Paris 1887. » donne de la maladie une description qui, comme toutes celles qui suivront n'a que le tort de venir après le travail d'Huguier.

Citons encore : Aubenas « Des tumeurs de la vulve, Th. d'agrég. Strاسبours 1860. » et Breton « De la Bartholinite, Th. doct. Strasbourg 1861. » pour arriver en 1864 au consciencieux mémoire de A. Guérin (1).

Richet dans son traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale (2) décrit la glande et y place le siège des abcès et kystes qui affectent la région. Cette même année, Gosselin (Clin. chirurg. de la Charité) (3) indique nettement et en peu de mots l'étiologie, le siège et le traitement de l'affection :

En 1873	Mareschal,
En 1879	Huguenin,
En 1880	Chevalerias,
En 1886	Fauvel,
En 1892	Alary,

font paraître successivement des thèses inaugurales sur les abcès et kystes des grandes lèvres et de la glande vulvo-vaginale.

Quant aux traités classiques qui consacrent un article spécial à la Bartholinite nous ne pouvons les énumérer tous, et nous signalerons à l'Index Bibliographique ceux d'entre eux qui auront fourni les éléments de notre travail.

(1) Maladies des organes géninaux extrêmes de la femme.

(2) Paris 1873, 14^e édition p. 584.

(3) Paris 1873, T. II, 79^e leçon, P. 463.

Anatomie et Physiologie

Les glandes vulvo-vaginales (1), au nombre de deux, l'une droite, l'autre gauche, sont situées sur les parties latérales et postérieures du vagin, à un centimètre au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit.

Elles sont placées dans l'intervalle que laissent entre elles les deux lames aponévrotiques superficielle et moyenne du périnée, et reposent en partie, dans l'espace angulaire que forment en s'adossant l'un à l'autre, le vagin et le rectum.

Ces organes n'offrent pas une symétrie parfaite, aussi bien sous le rapport de leur volume, de leur forme, de leur situation, que de leurs connexions.

Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une amande.

Elles ont la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement, et mesurent en moyenne douze ou quinze millimètres de long, sur huit ou dix millimètres de large.

Leur poids est de quatre ou cinq grammes.

(1) Ainsi appelées par Huguier, qui trouve, et avec raison, que cette dénomination a l'avantage d'indiquer de suite la position et les rapports génitaux de la glande.

Une amande d'abricot encore enveloppée de son épisperme, est la meilleure idée que l'on puisse s'en former.

Profondément situées, elles sont en rapport en haut, en avant et en dedans, avec le bulbe du vagin. En bas et en dedans, elles touchent aux veines hémorroïdales inférieures. En dehors, elles sont limitées par l'ischion. En arrière, enfin, elles sont en rapport avec l'aponévrose moyenne du périnée (ligament de Carcassonne).

Les glandes de Bartholin sont d'une coloration rosée et se composent de granulations lobes et lobules disséminées dans le tissu ambiant. Les granulations débouchent dans des sinus d'où partent des canalicules qui, à leur tour, s'abouchent les uns dans les autres et ne forment plus à la sortie de la glande, qu'un seul et même conduit.

Ce conduit excréteur, large de deux millimètres, long de un centimètre et demi à deux centimètres, se dirige obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il vient s'ouvrir d'ordinaire par un orifice arrondi à la partie moyenne de l'ouverture du vagin, ou à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs, dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux.

Cet orifice, normalement tout petit, souvent même peu visible, est, dans certains cas, très apparent, et permet l'introduction d'un petit stylet. il est ordinairement entouré d'un cercle vasculaire très rouge, qui permet de le distinguer des parties environnantes.

D'après quelques observations (Martin et Léger, Lang, Trost), le conduit excréteur de la glande de Bartholin peut être double.

Les artères destinées à ces organes, proviennent de la honteuse interne, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire de la bulbeuse.

Les veines, plus ou moins plexiformes, se rendent en partie aux veines honteuses, en partie au plexus veineux du vagin et du bulbe.

Les lymphatiques aboutissent aux ganglions situés sur les côtés du vagin et du rectum ou d'après Cruveilhier aux ganglions inguinaux.

Quant aux nerfs, ils sont fournis par la branche périnéale du nerf honteux interne.

Relativement petites chez l'enfant, les glandes vulvo vaginales augmentent rapidement de volume à l'âge de la puberté et présentent leur maximum de développement chez l'adulte. Ces formations glandulaires ont donc une signification nettement génitale. C'était déjà l'avis d'Huguier et la plupart des physiologistes pensent encore de même, bien que Langerhaus (1) en s'appuyant sur les caractères que présente leur épithélium, les regarde comme des annexes de l'appareil urinaire.

Cependant on constate que jusque à la puberté les fonctions de ces organes sont très peu développées et ce calme fonctionnel, aussi bien que l'absence des maladies

(1) Virchow's Archiv. Band. 61.

de l'appareil sont tout à fait en rapport avec son peu de développement. Mais aussitôt que se révèlent chez la femme, les désirs et les besoins des rapprochements sexuels, la sécrétion augmente, et elle atteint son maximum au moment du coït. Les pensées, les représentations lascives, les rêves érotiques suffisent alors à amener une hypersécrétion passagère.

Le liquide qui s'écoule des glandes vulvo vaginales est épais, filant, élastique, onctueux, clair comme le cristal, et offrant les propriétés physiques et chimiques du mucus. Tiedmann est dans l'erreur, quand il dit que ce liquide est d'un blanc sale. Il ne présente cet aspect que lorsqu'il existe une altération de la glande ou de son conduit excréteur.

Ce mucus, sert à un double usage :

D'une part, il facilite les rapprochements sexuels, en rendant moins douloureuses les premières intromissions du pénis et en maintenant les parties humides et lubrifiées pendant toute la durée de la copulation ; d'autre part il préserve l'orifice de la vulve contre l'action irritante des liquides génito-urinaires. Quant à l'opinion de Bruschke, qui prétend que ce liquide intervient comme aide physiologique dans l'accouchement, nous ne pouvons l'admettre car, à d'autres organes a été dévolu ce rôle.

Quand la femme a perdu les attributs de son sexe la glande s'atrophie, et ses fonctions disparaissent au fur et à mesure que s'éteint l'activité sexuelle, aussi les maladies de ces appareils sont elles très rares après la ménopause.

Etiologie

Lorsque sous une influence quelconque, il y a altération dans les fonctions physiologiques d'un organe il y a état pathologique. Or celui que nous venons d'étudier, est, par sa situation et sa structure, exposé à un grand nombre de circonstances qui favorisent le développement des affections dont il peut être le siège.

Et d'abord, la glande vulvo-vaginale n'entre en jeu dans l'organisme qu'à l'âge de la puberté. C'est donc à cette époque seulement qu'on commence à observer les maladies de cet appareil. D'après la statistique de Neumann, (1) c'est de dix-sept à vingt-trois ans et selon Huguier de dix-huit à 27 ans que ces affections surviennent le plus souvent. On en rencontre rarement avant quinze ans (nous citons un cas à quatorze ans Obs. XI), et presque pas après quarante-cinq.

On a prétendu que les femmes blondes, et surtout lymphatiques, étaient plus facilement atteintes que les autres de suppuration de la glande vulvo-vaginale. Sans nous prononcer, nous avons pu constater que ces femmes

1) Neumann. — *Ueber Ertraukungen der Bartholinischen Drüsen in Wien. Med. Blätter.* 1888. p. 612.

(2) Huguier. — *Mémoire à l'Académie de Médecine.* 1850.

sont plus sujettes aux fleurs blanches et que les engorgements ganglionnaires se produisent chez elles avec une grande facilité.

Huguier pense que *les états de couture* prédisposent à la maladie qui nous occupe, et la majeure partie de ses malades étaient des couturières, des lingères, des culottières, etc. etc. Les sujets de nos observations ont en effet des professions identiques mais l'origine de leur mal est, croyons-nous bien, étrangère à leur état professionnel.

Toutes les circonstances qui peuvent stimuler, congestionner ou froisser les organes génitaux et principalement la vulve, sont des causes fréquentes, telles sont : la masturbation, l'accouchement, les premiers rapports conjugaux, le coït trop souvent répété soit habituellement, soit exceptionnellement, une disproportion trop grande entre les organes génitaux de l'homme et ceux de la femme, les tentatives de viol, etc., etc.

On comprend donc que les filles de joie soient plus que toutes les autres, exposées à contracter cette affection, et les cas de bartholinite s'observent fréquemment à Saint-Lazare.

La grossesse et les époques menstruelles déterminent souvent dans les vaisseaux de la glande une congestion passive qui occasionne souvent l'affection dont nous nous occupons. Mais selon Huguier la grossesse paraît causer plus souvent l'irritation et l'inflammation] des follicules muqueux [isolés, que celle de la glande vulvo-vaginale. Quant à l'influence de la menstruation, aussi bien lors-

qu'elle s'établit que lorsqu'elle disparaît, elle est évidente dans la formation des abcès que nous étudions, et telle affection que l'on croyait guérie réapparaît précisément avec les règles. Nous comprendrons encore mieux le rôle de ces agents congestifs, quand nous aurons étudié le processus des lésions anatomo-pathologiques.

Enfin, une des causes les plus fréquentes des bartholinites, surtout de celles que nous observons dans les hopitaux, c'est la blennorrhagie. Est-ce à dire pour cela, comme certains auteurs l'ont prétendu, que tous les abcès de la glande vulvo-vaginale soient d'origine blennorrhagique ? Nous ne le pensons pas et nous citons quatre observations (Obs. IX, X, XI et XII), où on a peine à trouver des traces d'infection gonorrhéique, mais nous reprendrons plus loin cette discussion, et nous comparerons le résultat de nos recherches aux ouvrages des auteurs qui se sont occupés de la question.

Velpeau attribue quelques-uns de ces abcès à une introduction brutale du spéculum. Ces cas, s'ils se produisent, doivent être très rares, et la cause qui les détermine ne doit pas entrer seule en jeu.

Si les climats ne paraissent jouer aucun rôle dans la production des abcès de la glande vulvo-vaginale, il est curieux de constater l'influence des saisons en pareil cas. C'est en effet au printemps et à la fin de l'été qu'on les observe le plus souvent, et les mois de mai et de septembre sont ceux où ces affections se montrent le plus fréquemment.

Enfin une autre remarque non moins frappante, c'est que, dans toutes les statistiques, la Bartholinite s'offre plus fréquemment du côté gauche que du côté droit. Huguier (1) l'a rencontrée vingt et une fois du côté gauche et douze fois à droite : Neumann (1) cent seize fois à gauche et quatre-vingt-huit fois à droite. Cette plus grande fréquence d'un côté n'est pas un effet du hasard et bien qu'on n'en ait pas encore donné d'explication bien démonstrative, on a déjà émis plusieurs hypothèses pour éclairer l'origine de ce fait. Citons la raison donnée déjà pour expliquer le varicocèle et les varices du côté gauche, c'est-à-dire la compression exercée par l'S iliaque sur la veine iliaque gauche. Une autre explication donnée par Malgaigne, c'est que dans le coït, les droitiers appuient plus à droite et par conséquent lèsent le côté gauche de la vulve.

(1) Huguier, Mem. à l'Académie de Méd. 1850.

(1) Neumann. *Ueber Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen*. Wien méd. Blatt. 1888 p. 612.



Bactériologie

En parcourant les ouvrages les plus récents pour étudier le sujet qui nous occupe, nous avons eu l'occasion de lire une thèse de M. Alary (1), sur l'Étiologie et le Traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale. L'auteur de ce travail débute par une discussion sur le gonococcus de Neisser et avant tout il déclare que : « Le microorganisme spécifique de toute affection blennorrhagique est sans contredit le gonococcus de Neisser. »

Cette assertion n'est pas critiquable, mais placée au début d'un travail sur la bartholinite elle indique nettement les idées étiologiques de l'auteur en ce qui concerne cette maladie.

Pour lui, l'abcès de la glande vulvo-vaginale est une affection blennorrhagique, comme pour Breton (2) il est une manifestation secondaire de la syphilis ! Ces idées sont encore plus affirmatives dans le chapitre III qu'il consacre à l'étude du microorganisme de la bartholinite et à sa culture. Dans ses examens microscopiques il a toujours trouvé des *quantités* de gonocoques !

Nous n'avons pas osé partager ces idées et nous avons

(1) Thèse de Paris, 1891-92.

(2) Breton, Thèse de Strasbourg 1891.

voulu, avant de publier le résultat de nos expériences rechercher dans les ouvrages d'autres auteurs, si l'abcès de la glande vulvo-vaginale est une affection blennorrhagique et si on a décrit ailleurs que dans la thèse de M. Alary un microorganisme spécifique de la bartholinite.

Legrain de Nancy (1) dans un remarquable travail sur l'étiologie et la pathogénie des uréthrites, dit avoir analysé le pus d'une bartholinite suppurée compliquant une vaginite aiguë. « J'ai trouvé, dit-il, une association microbienne complexe ; à côté du *Micrococcus pyogénès aureus* et du *Micrococcus pyogénès albus* existaient le *Micrococcus lacteus faviformis* fréquent dans le mucus vaginal et le *Diplococcus subflavus*. Dans ce cas il y avait absence complète de gonocoques. Le même auteur ne trouve pas plus de gonocoques dans le pus recueilli à l'ouverture d'un abcès périurétral consécutif à un rétrécissement blennorrhagique.

Welander (1) a examiné douze fois le liquide sécrété par les glandes de Bartholin. Il n'y trouva aucun gonocoque mais d'autres microbes. Dans cinq cas de bartholinite aiguë il ne rencontra pas un gonocoque, bien que trois des femmes atteintes de cette affection en eussent dans leur urèthre. Chez 2 femmes souffrant de fistules consécutives à des abcès de la glande vulvo-vaginales et chez 21 femmes ayant une hypersécrétion purulente du conduit excréteur de la glande il rencontra toujours

(1) Thèse de Nancy 1888.

le gonocoque. Toutes ces femmes à l'exception d'une seule avaient du gonocoque dans leur urèthre.

Steinschneider (1) a examiné, dans la clinique de Neisser, trente-quatre cas de gonorrhée fraîche, et trouva dans les glandes de Bartholin *une seule fois du gonocoque*, et dans trois cas de gonorrhée ancienne, *point du tout*.

Gerheim (2) a publié les deux cas suivants, tirés de la pratique privée de Bumm.

I. *Blennorrhagie urethrale et cervicale*. Un mois après, infection gonorrhéique du conduit excréteur, de la glande gauche de Bartholin. Celle-ci contenait un pus très riche en gonocoques. Un mois plus tard, rougeur et tuméfaction au niveau de la glande elle-même. Extirpation. En examinant la pièce, on voit l'épithélium presque complètement détruit. Dans le pus et le tissu de la glande, *aucun gonocoque*, mais partout, aussi bien dans le pus que dans les plus petits follicules de la glande, on trouve du *staphylocoque doré*.

II. *Blennorrhagie urethrale et cervicale*. Infection blennorrhagique de la glande droite de Bartholin. La sécrétion du conduit excréteur, qui est épaisse et muco-purulente, contient beaucoup de gonocoques. Le processus aboutit à l'abcès de la glande. Le pus qui s'en échappe ne

(1) *Ueber den sitz der gonnonhoischen infection benn weibe*. Berl. Klin Woch, 1887, n° 17

(2) Gerheim, l. c.

contient aucun gonocoque, mais bien du *staphylocoque doré et blanc*, ainsi que des colonnes de longs bâtonnets.

Nous nous en tiendrons là dans notre énumération, et nous donnerons le résultat de nos propres expériences.

Sans vouloir donner les méthodes générales d'analyse bactériologiques, nous exposerons sommairement notre façon de procéder et les méthodes que nous avons suivies. Chaque fois que nous avons recueilli du pus, soit dans le canal de l'urèthre, soit à l'ouverture d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, c'était avec des pipettes préparées et stérilisées par nous. Après aspiration du liquide pathologique, nous fermions l'extrémité du tube à la lampe. Dans le laboratoire, nous ouvrons ces pipettes avec une pince flambée. Nous préparions des lamelles qui, une fois fixées dans la flamme de la lampe, étaient colorées soit au violet de méthyle, soit au Ziehl (solution alcoolique de fuschine). Nous les examinons ensuite, après les avoir montées au Baume de Canada.

Nous ensemencions nos tubes de bouillon ou de gélatine avec un fil de platine stérilisé par la chaleur.

Notre plus grand regret, est de n'avoir pu contrôler ces deux méthodes sur l'inoculation de nos cultures aux animaux, mais nous n'avions pas de sujets sous la main.

Sur les douze observations que nous publions dans notre travail, nous avons procédé sept fois à des examens bactériologiques.

Chaque fois que nous avons examiné l'écoulement

urethral qui existait avec la bartholinite, nous avons trouvé le gonocoque dans les préparations. Mais nous sommes forcés de déclarer que nous n'avons rencontré qu'une seule fois du gonocoque dans nos sept examens de pus provenant de l'abcès de la glande vulvo-vaginale. Disons aussi que la malade de notre observation VIII était un terrain particulièrement favorable à la culture du gonocoque. C'était une blonde, lymphatique qui, après une blennorrhagie, avait déjà fait une arthrite gonococcienne.

Par contre, nous avons rencontré cinq fois du staphylocoque doré ou blanc, et deux fois le *micrococcus lacteus faviformis*.

Nous ne nous étonnons pas de constater la présence du gonocoque une seule fois sur sept, dans le pus de la glande de Bartholin, quand nous apprenons que Horand (1) ne l'a trouvé que deux fois chez la femme, dans cent quarante-six cas de folliculite.

Monsieur Reymond a dernièrement, dans un travail remarquable (2), étudié le gonocoque dans les salpingites purulentes, et ce qu'il dit de la salpingite, nous le pensons de la bartholinite.

« Sans nier, comme le fait Baldy, toute salpingite consécutive à une blennorrhagie latente, nous pensons qu'on reviendra de l'engouement actuel pour le gono-

(1) Arch. fur dermat und syphilis. 1809, p. 20.

(2) Reymond. Thèse de Paris, 1895.

coque, lorsqu'on s'astreindra à pratiquer des examens bactériologiques, au lieu de suivre l'exemple de certains chirurgiens américains, qui déclarent une annexite gonococcienne, uniquement parce que le mari de la malade a eu autrefois la blennorrhagie.

En revanche, dit ce même auteur, il est une influence créée par le gonocoque encore mal connue, mais non douteuse ; il dispose les tissus à subir plus facilement une infection secondaire. Bumm et Gerheim ont depuis longtemps signalé les infections mixtes qui succèdent à une blennorrhagie pure. Le gonocoque agit-il dans ce cas en augmentant la virulence de certains micro-organismes, ou diminue-t-il seulement la résistance de la muqueuse ? C'est ce que d'autres expliqueront sans doute. Toujours est-il que certains microbes pathogènes qui auraient été incapables de vivre seuls, s'y développent aisément à la suite du gonocoque. »



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas parlé en décrivant la glande normale de Bartholin, de sa structure intime, 1^o Nous saisissons au début de ce chapitre, l'occasion de combler cette lacune. ce qui nous permettra de mieux comparer ensuite le tissu sain au tissu malade.

L'histologie normale de la glande vulvo-vaginale a été bien établie par Langerhans (1) et surtout par de Sinety (2). Les lobules excréteurs sont tapissés d'une couche d'épithélium caliciforme analogue à celui qui a été décrit dans le col de l'utérus et ayant une sécrétion semblable. Ces lobules débouchent par un point rétréci dans des sortes de sinus tapissés d'épithélium cubique, desquels partent des tubes excréteurs à lumière étroite, revêtus d'une seule couche d'épithélium cylindrique. Le canal excréteur commun présente plusieurs couches superposées d'épithélium cylindrique, qui devient pavimenteux au voisinage de l'orifice vaginal. On voit donc que l'épithélium sécréteur diffère par ces caractères histologiques essentiels de celui des voies d'excrétion.

(1) Virchow's Arch. 1874, B. 61, p. 208.

(2) De Sinety, Soc. de Biologie, 31 juillet 1880.

Passons maintenant à l'examen histologique des pièces que nous avons pu recueillir et décrivons en les lésions caractéristiques.

Premier examen. — La pièce que nous examinons ici est celle qui a été recueillie sur le sujet de notre première observation.



FIG. I. — Cette figure représente une coupe de glande saine prise sur un sujet de 18 ans. CC. Conduits excréteurs. G. Culs-de-sacs glandulaires à épithélium caliciforme. M. muscle strié. L. Fibres lisses. S. Sinus dans les quels débouchent les acinis glandulaires.

La tumeur enlevée à à peu près le volume de la dernière phalange du petit doigt dont elle présente également la forme allongée.

A l'examen macroscopique on trouve vers une de ses extrémités une petite cavité kystique du volume d'un petit pois contenant un liquide muco purulent teinté de sang.

La pièce fixée au sublimé, durcie à l'alcool, fut incluse dans la paraffine et coupée au microtome. Sur une vingtaine de coupes choisies à diverses hauteurs, puis colorées à l'hématoxyline et au picrocarmin on constate que la tumeur est constituée par une masse de tissu fibreux au milieu duquel on trouve :

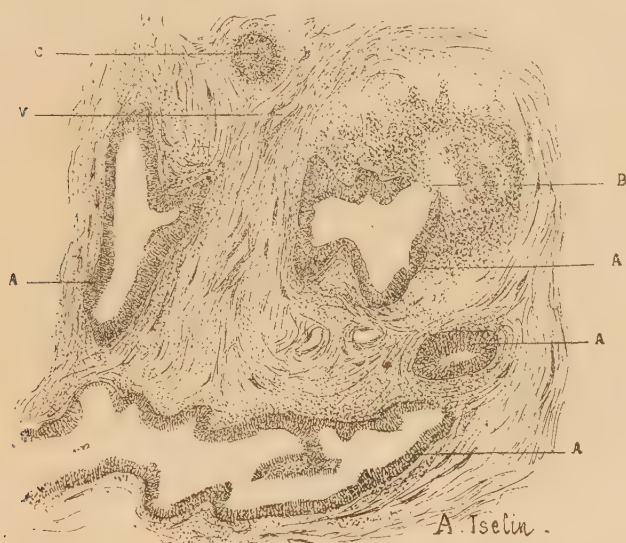


FIG. II. — Cette figure montre en A la prolifération de l'épithélium, des conduits excréteurs, ainsi que l'infiltration qui a envahie tout le tissu conjonctif ambiant. En B on remarque l'ouverture d'un abcès péricanalulaire dans le conduit excréteur après destruction d'une partie de sa paroi. — En C se trouve un canalicule complètement oblitéré par l'infiltration embryonnaire. La coupe est parsemée de vaisseaux dont la lumière se voit en V.

1° Quelques fibres musculaire striées situées à la périphérie de la tumeur et dépendant sans doute du constricteur de la vulve.

2° Des lobules glandulaires qui paraissent absolument sains bien que, comme nous le verrons dans l'examen suivant fig. IV, les conduits qu'ils limitent soient profondément altérés.

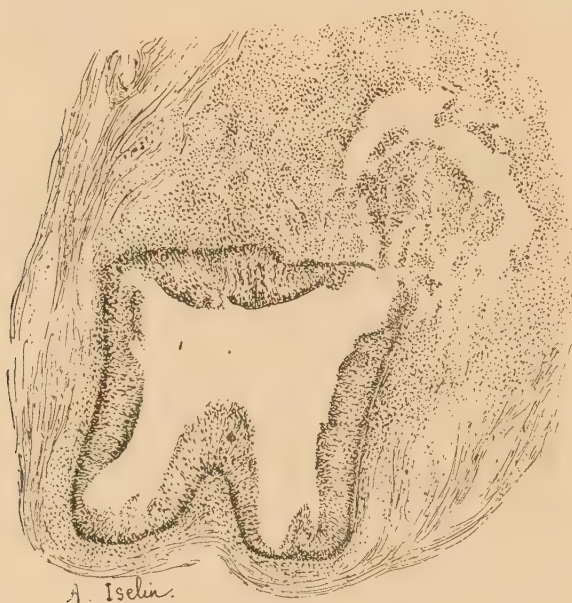


FIG. III. — Abscès péricanaliculaire s'ouvrant dans un conduit excréteur.

3° Des conduits excréteurs très volumineux dont l'épithélium présente sur certains points une prolifération abondante.

D'autre part, les cellules épithéliales ont perdu leur forme allongée ; elles sont devenues presque arrondies et sur certains conduits leur agglomération obture presque complètement la lumière du canal. Autour de tous les

canaux on trouve une infiltration embryonnaire plus ou moins abondante qui forme autour d'eux un manchon continu. Sur certains points, surtout près de conduits de moyen volume, l'infiltration à cellules rondes produit des amas au milieu desquels on ne retrouve plus aucune trace d'aucun tissu. Le centre de ces amas commence en certains points à se désagréger, de telle sorte que nous nous trouvons en présence de véritables petits *abcès péricanaliculaires*, et nous avons eu la chance de tomber sur une coupe dans laquelle un de ces abcès, après avoir détruit la paroi du conduit s'est ouvert dans son intérieur.

Les vaisseaux artères et veines sont très abondants au milieu du tissu fibreux et ne présentent pas de lésions spéciales.

Nous avons coloré plusieurs coupes par le procédé de Nicolle, (bleu de méthylène et tannin chimiquement pur) pour rechercher le gonocoque dans le tissu que nous venons de décrire. Mais malgré les soins les plus minutieux apportés à la décoloration, nous n'avons pu en rencontrer un seul. A part les globules de pus que nous rencontrâmes en assez grand nombre accolés à la paroi épithéliale, nous trouvâmes des débris épithéliaux épars dans la lumière du canal et des points ronds groupés en amas, que la culture a déterminés et qui sont des staphylocoques.

II. Cet examen est celui de la pièce que nous avons recueillie le 10 mars sur le sujet de notre observation VI.

Le volume de la glande extirpée est celui d'une petite noisette mais avec une forme un peu plus allongée ; elle

mesure environ 2 centimètres de long. A l'examen macroscopique on aperçoit à l'une des extrémités un petit pertuis qui a à peu près un millimètre de diamètre et qui est assurément l'orifice du conduit excréteur.

Nous fixons la pièce au sublimé ; elle est durcie à l'alcool et procédant comme pour la précédente, nous pratiquons une série de coupes perpendiculaires à son grand axe. Ces coupes sont colorées à l'hématoxyline et au picrocarmin et voici ce que nous y remarquons : Dans les premières coupes, nous reconnaissons que le pertuis constaté à l'examen macroscopique est bien le conduit excréteur principal. Il est revêtu de son épithélium qui a considérablement proliféré du côté de la lumière et du côté du tissu conjonctif ambiant ; plus bas même aspect du conduit excréteur qui a des parois pour ainsi dire triplées d'épaisseur, les cellules de l'épithélium formant des saillies irrégulières dans la lumière du canal. Ces cellules n'ont plus leur aspect normal et elles sont souvent dissociées ou aplaties.

Les coupes suivantes présentent déjà du tissu glandulaire au milieu de tissu fibreux riche en fibres lisses. Entre les lobules du parenchyme apparaissent les divisions du conduit excréteur principal qui sont moins altérées que ce dernier, mais qui néanmoins présentent une prolifération notable de leur épithélium.

Toutes les préparations examinées jusqu'à présent sont remplies d'infiltration embryonnaire. Les canaux excréteurs des premières divisions du conduit principal

sont particulièrement atteints par ce processus, et on voit nettement dans le tissu conjonctif ambiant des noyaux farcis d'infiltration, Ces noyaux peuvent être étudiés aux



FIG. IV. — Au centre de cette figure on remarque un conduit excréteur totalement envahi par l'infiltration embryonnaire et cependant le tissu glandulaire qui l'entoure est resté normal.

différentes périodes de leur évolution et à côté de ceux qui commencent à ramollir le tissu conjonctif on peut en voir d'autres qui ont déjà abcédé en se vidant dans le conduit le plus voisin. (Fig. III).

L'infiltration à cellules rondes paraît diminuer à mesure qu'on approche des parties les plus profondes de la glande et on peut voir (fig. IV) qu'en certains endroits le

parenchyme de la glande est absolument sain, bien qu'il limite de toutes parts un conduit malade.

Les vaisseaux, dont on rencontre des sections longitudinales et transversales dans toutes les coupes, paraissent rester étranger au processus inflammatoire et ne présentent pas de lésions à signaler. Sur la limite des coupes, on remarque quelques fibres musculaires striées qui ont été enlevées au constricteur de la vulve.

Diverses coupes ont été traitées par le procédé de Nicolle pour y rechercher la présence du gonocoque ; d'autres ont été préparées avec le Gram pour déceler d'autres micro-organismes. Nous rencontrons bien des cellules épithéliales dégénérées et des globules de pus dans la lumière des conduits excréteurs, mais le gonocoque ne s'est jamais offert à notre analyse.

III. Nous avons cru bien faire de joindre à nos examens personnels le seul que nous ayons trouvé dans les auteurs récents qui se sont occupés de la question.

Cet examen est dû à M. le Dr Touton (1) privatdocent in Wiesbaden. Il a été pratiqué sur une glande de Bartholin extirpée à la suite de gonorrhée et mise dans l'alcool absolu.

« La pièce mesurait environ 2 centim. de long sur 1 de large et $\frac{3}{4}$ de cent. d'épaisseur. A l'une des extrémités on distinguait au milieu d'une petite portion d'épithélium de l'entrée du vagin, une petite ouverture d'environ 1 mil.

(1) *Annales fur dermatologie und syphilis*, 1893, page 181.

de diamètre. Des coupes perpendiculaires au grand axe furent pratiquées sur toute la pièce.

Dans les coupes supérieures apparaît la section du conduit excréteur qui se présente sous la forme d'un trou mal délimité ; il est dépourvu en grande partie de son épithélium de revêtement et limité par du tissu conjonctif infiltré qui par place possède encore quelques cellules épithéliales plates. En un endroit déterminé, on remarque une prolifération de l'épithélium qui, du revêtement interne pénètre à 2 millim. environ dans le tissu ambiant.

Sur diverses couches, la section du conduit excréteur est en partie entourée par cette prolifération et les éléments les plus superficiels de celle-ci sont à l'entrée du canal excréteur en partie détruits. Plus bas, la section du conduit prend une forme plus ronde et mieux limitée (1 mil.) pour aboutir à une forme ovale (1 1/2 mil.). La prolifération épithéliale cesse du reste bientôt d'exister.

La paroi du conduit excréteur se présente maintenant tapissée de plusieurs couches de cellules plates qui, dans la lumière, forment des saillies très irrégulières. On ne trouve aucune trace de revêtement uniforme, car les cellules de pus qui ont pénétré dans l'épithélium ont complètement détruit l'organisation des éléments normaux qui sont comprimés ou dissociés. Les cellules épithéliales les plus superficielles et les plus dissociées paraissent un peu gonflées. Par places, dans la lumière, on rencontre des traces de pus ; ailleurs, et même profondément dans la glande, on trouve des particules et des débris épithéliaux.

L'intense infiltration à cellules rondes que nous avons signalée se continue aussi fortement, sur une certaine étendue, dans le tissu conjonctif ambiant; si bien qu'on ne peut constater de limite fixe entre l'élément conjonctif et l'épithélium. Tout autour du conduit se présentent des coupes longitudinales ou transversales de veinules qui sont très développées et qui par leur enchevêtrement rappelle par place la structure d'un tissu caverneux. Ces veinules s'observent bien qu'un plus petit nombre et d'une importance moindre jusque sur les limites de la coupe.

L'infiltration embryonnaire qui a presque tout envahi, se présente sous différents aspects. Parfois les cellules ressemblent aux cellules polynucléaires du pus, d'autres fois elles possèdent un noyau avec un cercle de protoplasma assez étendu, et des corpuscules qui sous l'influence de la solution savonneuse de bleu de méthyle, se colorent fortement.

De nombreuses cellules graisseuses sont disséminées sur toute la coupe. Dans les portions du tissu conjonctif non infiltré on trouve de très nombreux jeunes éléments de ce tissu.

Plus bas dans le voisinage de la grosse section du conduit excréteur, on rencontre une seconde section plus petite ayant du reste une même structure et qui correspond aux premières divisions du canal principal.

Enfin sur les limites de la coupe apparaissent les sections de follicules glandulaires qui d'abord isolés, deviennent de plus en plus nombreux et pressés, et sont réguliè-

rement revêtus d'une couche d'épithélium cylindrique. Ces follicules se réunissent pour former des lobules de différentes grosseurs. Quelques-uns de ces lobules sont aussi envahis par l'infiltration embryonnaire et dans la lumière des follicules dont l'épithélium est intact se rencontrent des globules de pus. D'autres lobules sont totalement exempts de cette infiltration à cellules rondes, et les parois et la lumière en sont absolument sains. Par-ci par-là se trouvent cependant quelques corpuscules de pus dans la lumière des follicules, bien que les parois et le tissu ambiant soient entièrement normaux. Souvent on rencontre des sections obliques ou longitudinales de canaux à forme rayonnée, dont la direction est dirigée du canal central vers les follicules de la périphérie. Elles sont toujours entourées d'une forte infiltration et quant à la structure de leurs parois, elle est semblable à celle des conduits excréteurs. Quelquefois cependant, je les ai trouvées revêtues d'une couche de cellules cylindriques. Dans les coupes situées plus bas encore, la substance glanduleuse se rapproche toujours plus du centre. La lumière bien limitée des canaux excréteurs principaux ne disparaît que très bas, pour faire place à de grandes lacunes irrégulières revêtues cependant d'un reste d'épithélium plat qui fait défaut en certains endroits. A ce système central de lacunes, fait immédiatement suite la substance glandulaire située dans la partie inférieure de la glande qui offre peu ou presque pas de traces d'inflammation. Dans le champ de la coupe sur les limites de la périphérie se trouve la section

oblique d'un muscle strié (Bulbocaverneux). Comme dans les coupes les plus basses, on rencontre peu de place pour le tissu conjonctif, les nombreuses sections de vaisseaux font naturellement défaut.

Si nous comparons cette description à celle de l'histologie normale, nous pouvons tout d'abord conclure que la couche d'épithélium plat est considérablement proliférée sur tout le parcours du conduit excréteur et de ses diverses ramifications, presque jusque dans les portions les plus inférieures de la glande.

Klein dit dans l'histologie de Strickers que l'embouchure seule du canal est revêtue d'épithélium plat et que partout ailleurs on rencontre de l'épithélium cylindrique. Si cela est vrai, nous pouvons conclure que par suite de l'invasion du gonocoque (1) dont nous allons parler tout à l'heure, il s'est développé une métaplasie de l'épithélium qui remonte très haut. »

L'auteur qui a eu l'occasion de rencontrer le gonocoque dans le tissu de la glande continue sa description en spécifiant les localisations de ce microbe.

« En examinant en gros les diverses parties de la glande nous pouvons d'abord constater que l'invasion gonococcique diminue progressivement de haut en bas, et qu'ensuite les parties seules revêtues d'épithélium pavimenteux c'est-à-dire les canaux excréteurs contiennent du gonocoque. Par contre, la substance glandulaire revêtue

(1) Ou d'un autre microbe !

d'épithélium cylindrique est restée complètement étrangère à cette infection. Dans le tissu conjonctif, malgré l'intensité du processus inflammatoire, et malgré la chute de l'épithélium (et on ne sait si celle-ci n'est pas survenue seulement sous le microtôme ou lors de la coloration), on ne rencontre jamais de gonocoque pas plus que dans les couches les plus profondes de l'épithélium.

Dans les masses de pus accolées par-ci par-là à la paroi épithéliale, on en trouve en partie dans les corpuscules du pus en parties libres. Mais ils sont surtout développés dans l'épithélium superficiel, à sa surface et dans les fentes et lacunes plasmatiques, en fines traînées ou en groupes plus ou moins étendus selon les espaces qu'ils occupent. Très rarement je les rencontrai dans les corpuscules de pus superficiel situées entre les cellules épithéliales. A ce propos je signalerai une coupe de la portion moyenne de la glande : Dans l'épithélium pavimenteux et très près de la surface d'un petit conduit excréteur secondaire en différents endroits je trouvai des corpuscules de pus contenant 6 gonocoques. »

En résumé dans les formes de bartholinite chronique que nous avons examinées, aussi bien que dans celle qu'a publié le Dr Touton, il s'agit toujours d'une inflammation des conduits excréteurs de la glande dont l'intensité s'atténue lorsqu'on remonte dans les parties profondes de celle-ci. L'infiltration embryonnaire qui envahit de préférence les canaux excréteurs et le tissu fibreux qui les environne forme au pourtour des conduits de petits abcès

qu'au microscope on peut étudier dans toutes les périodes de leur évolution.

Ces abcès péricanaliculaires que nous n'avons pas encore vus signalés, ont pour nous une importance capitale au point de vue de la pathogénie des abcès à répétition, de la glande vulvo-vaginale.

Si on songe en effet à la multitude de ces lésions microscopiques, on comprend comment elles peuvent provoquer la réapparition d'une bartholinite aiguë ou son passage à l'état chronique. Ces petits abcès évoluent chacun pour leur propre compte, et lorsqu'une inflammation aiguë de la glande, est traitée par l'incision, lorsqu'avec du repos et des antiphlogistiques, on évite de congestionner l'organe en voie de guérison, tout rentre dans l'ordre, et les petites collections péricanaliculaires finissent par se résorber. Mais en général, après l'observation d'un traitement de trop courte durée, une cause quelconque (traumatisme coït, menstrues, etc., etc.), fait renaître l'hyperhémie de la glande, et les abcès péricanaliculaires, dont la marche avait été pour ainsi dire suspendue, reprennent leur évolution et reforment par l'agglomération de leur contenu, une nouvelle poche purulente.



Symptomatologie

Le processus inflammatoire qui envahit le tissu de la glande vulvo-vaginale, se manifeste par des phénomènes qui varient beaucoup d'intensité, selon chaque cas, mais d'une manière générale, nous pouvons avec Huguier, y considérer trois périodes principales.

1. Période d'inflammation ;
2. Période de suppuration ;
3. Période de cicatrisation.

1. *Période d'inflammation.* — Après l'action de la cause, en général au bout d'un temps fort court, qui peut varier de quelques heures à deux ou trois jours, apparaissent les premiers symptômes qui échappent la plupart du temps à l'observateur. Les femmes, en effet, éprouvent toujours une certaine répugnance à se plaindre d'un pareil mal, et lorsqu'on est appelé à les examiner, l'abcès est formé, s'il ne s'est déjà ouvert spontanément.

En évoquant les commémoratifs, on arrivera cependant à apprendre que la patiente a éprouvé d'abord des démangeaisons, des cuissons, à l'entrée du vagin, quelquefois à toute la vulve, et le plus souvent d'un côté seulement. Cet état est fréquemment accompagné de sentiments de chaleur et de tension : il y a des douleurs en urinant et, en cas de vaginite concomitante, ces symptômes sont encore plus accentués.

Peu à peu, la douleur se localise et se fait principalement sentir dans l'extrémité inférieure et à la base de la grande lèvre, en dedans de l'ischion, à deux ou trois centimètres en avant et en dehors de l'anus.

Cependant, des irradiations douloureuses se font souvent sentir vers l'ischion, du côté de l'urèthre, sur les parties latérales de l'anus ; elles se propagent parfois dans la direction du nerf fessier inférieur, jusque dans la fesse, du côté correspondant.

A la vue, on constate que la grande lèvre du côté atteint est plus volumineuse que celle du côté opposé. La peau en est plus rosée et on peut quelquefois y voir quelques traces de lymphangite.

A la palpation, le côté malade est manifestement plus chaud que l'autre. Si on pratique alors le toucher vaginal comme l'indique Velpeau (1), c'est à dire « en introduisant l'index dans le vagin, le pouce en dehors, afin de ramener en les pinçant un peu, tous les tissus en dehors, comme pour les avoir mieux sous les yeux », on reconnaît que le foyer du mal est dans la glande vulvo-vaginale, et on se rend compte si la tumeur est fluctuante ou non.

En relevant la grande lèvre du côté malade, on voit la muqueuse qui recouvre la tumeur tendue lisse et rouge ; cette rougeur est surtout très intense au niveau des caroncules myrtiliformes, dans le point où siège l'orifice du conduit excréteur de la glande.

(1) Dic. de méd. en 30 vol. Art. Vulve (abcès de la), p. 979.

A ce moment, les parties environnantes ont à peine participé au processus inflammatoire, et l'extrémité supérieure de la grande lèvre n'est que peu ou pas déformée. Les douleurs pulsatiles et lancinantes ne se sont pas encore manifestées, et un traitement antiseptique pourrait faire avorter le mal, mais les malades n'ont encore consulté personne à cette époque, et c'est seulement à la période suivante qu'elles viennent demander les soins du médecin.

2. *Période de suppuration.* — Tous les symptômes que nous venons de décrire augmentent d'intensité. Des douleurs pulsatiles et lancinantes, presque continues, se font sentir à l'extrémité inférieure de la grande lèvre, en dedans de la branche ascendante de l'ischion.

La marche devient difficile et même fort douloureuse, la patiente a, dans sa façon de progresser, une attitude toute spéciale ; elle s'avance légèrement courbée, les jambes fortement écartées et les pieds déjetés en dehors. La station assise est encore plus intolérable, à cause de la compression qu'éprouve dans cette position la grande lèvre, et quand les malades sont obligées de s'asseoir, elles ont le soin de se placer sur le bord du siège, les jambes écartées, le corps reposant sur les ischions.

Le volume de la tumeur augmente considérablement et atteint la grosseur d'une noix, d'un œuf et même d'une poire. Elle est toujours plus bombée à sa surface interne qu'à sa surface externe, à moins qu'il n'y ait affection bilatérale.

La déformation de la grande lèvre est toujours plus accusée vers le tiers inférieur, et par suite de cette dilatation, celle du côté opposé est éclipsée et effacée. L'entrée du vagin est plus ou moins fermée par la tuméfaction et les liquides utéro-vaginaux, sont quelquefois retenus en arrière de l'obstacle qui obstrue la vulve.

A la palpation, on reconnaît de suite que les deux tiers supérieurs de la grande lèvre ont conservé leur souplesse et leur consistance normales, tandis qu'une tumeur bien limitée et plus ou moins rénitente en occupe le tiers inférieur. Dure et ferme pendant les premiers jours, cette tumeur se ramollit peu à peu et la fluctuation s'y manifeste d'abord en dedans, du côté de la muqueuse vaginale. C'est du reste de ce côté que la tension, la rougeur, la tuméfaction et les douleurs sont le plus accenluées, et quand l'abcès s'ouvre spontanément, c'est au pourtour de l'orifice du conduit excréteur, et non pas au-dessus des caroncules myrtiformes, sur la surface externe de la grande lèvre, pas plus que sur son bord libre proprement dit.

Pendant cette période aiguë, peuvent quelquefois survenir des symptômes généraux qui, sans acquérir une gravité considérable, ne doivent cependant pas être négligés. Ce sont des frissons, de la fièvre survenant surtout le soir ou quelques phénomènes d'embarras gastrique : langue, saburrale, inappétence, constipation, etc., etc.

Ces symptômes généraux et locaux sont loin de présenter toujours la même intensité, et l'abcédation se pro-

duit parfois avec des réactions beaucoup moins sensibles.

3. *Période de cicatrisation.* — Quand l'abcès s'ouvre spontanément, c'est à la suite d'un effort ou d'un faux mouvement produisant le rapprochement des cuisses et la compression de la poche. La malade, en se sentant mouillée par le pus qui s'écoule, éprouve de suite un grand soulagement. Les phénomènes douloureux, la tension, la gêne de la miction et de la défécation disparaissent ; la marche devient plus facile et rien n'empêche plus la malade de s'asseoir.

Le pus qui s'écoule de la poche en plus ou moins grande abondance est épais, homogène, crémeux, jaunâtre, brunâtre, ocreux, et presque toujours mêlé de stries de sang comme celui des abcès phlegmoneux. De Sinéty (1) prétend que « dans les abcès de la glande vulvo-vaginale le pus est assez souvent fétide. Nous croyons cependant avec Huguier que dans les abcès de la glande proprement dits, « le pus n'a jamais l'odeur fétide et repoussante des abcès et fistules des environs de l'anüs ».

L'évacuation des matières purulentes se fait assez rapidement, car la poche de l'abcès étant toujours assez limitée, elle se circonscrit de plus en plus, donne un pus toujours plus rare, se déterge et se cicatrise dans l'espace de quatre ou cinq jours sans avoir causé de perte de substance à la muqueuse de la lèvre malade. Mais, lorsque le foyer purulent se fait jour dans le conduit excréteur, l'évacuation est moins facile et moins complète. La cicatrisation du foyer est de ce fait retardée, car la présence du pus

détermine une inflammation chronique qui peut persister pendant des semaines.

Quoiqu'il en soit, la glande reste toujours pendant un certain temps hyperhémisée et enflammée, et une légère induration y est perceptible pendant longtemps.

Si les malades observaient pendant leur convalescence un repos complet et évitaient toute cause d'excitation génésique, la guérison s'achèverait toujours radicalement, mais il n'est pas rare de voir succéder à ces abcès une hypersécrétion ou un engorgement qui pourra à son tour être la cause prédisposante d'abcès à répétition, déterminés par de nouveaux rapports sexuels ou même par la simple congestion menstruelle.



Marche, Durée, Pronostic

L'étude symptomatologique que nous venons de faire nous a fait voir combien peuvent être variables la durée et la marche des abcès de la glande vulvo-vaginale. En général, tout est terminé au bout de quinze à vingt jours, mais comme nous le disions plus haut, la guérison à peine achevée, les malades s'exposent de nouveau aux causes qui font renaître l'affection avec tous ses phénomènes aigus. A Guérin (1) a signalé l'allure récidivante de certains abcès dits à répétition à cause de la facilité de leur reproduction sous l'influence de la cause la plus légère. Dans trois de nos observations nous avons constaté cette particularité.

D'autre fois le processus inflammatoire passe d'un côté à l'autre de la vulve en produisant une véritable *bartholinite alternante*.

Enfin dans les abcès à marche lente, la glande reste longtemps indurée et les phénomènes semblent vouloir s'amender, mais la suppuration finit toujours par se produire à un moment donné, ainsi que le témoigne l'exemple

(1) Mal. des org. gen ext. de la femme.

citée par Velpeau (1). « Un foyer après avoir cessé d'être douloureux, après être resté un mois stationnaire, se mit à croître de nouveau et se termina enfin par un abcès très large. »

Les cicatrices consécutives à cette affection finissent par disparaître complètement et la dernière trace de son existence est la légère induration que nous avons déjà signalée. Mais dit A. Guérin (2) : « Quand l'abcès s'ouvre largement près des caroncules myrtiformes, il arrive assez souvent que la cicatrice est disposée en cupule, de manière à faire croire qu'elle est la trace d'une ulcération chancreuse. » Nous lisons d'autre part dans la Thèse de Mareschal (3) cette communication orale du Professeur Fournier : « Lorsque l'abcès s'est ouvert spontanément, il laisse quelquefois une véritable destruction à bords taillés à pic et décollés, mesurant une étendue d'une pièce de 2 francs. Cette ulcération venant d'une destruction gangréneuse simule à s'y méprendre un chancre simple. Dans 3 cas l'analogie était telle que pour en avoir le cœur net, j'ai fait l'inoculation, laquelle n'a pas réussi. »

Ces faits, quoique rares, méritent cependant d'être signalés pour éviter toute cause d'erreur.

Quant à la terminaison par résolution des abcès glandulaires, c'est, dit Velpeau (4), « une exception si rare

(1) Dict. de med. en XXX vol.

(2) Maladies des org. génit. ext.

(3) Thèse de Paris, 1873.

(4) Dict. de Médecine en XXX vol. Art. Vulve.

qu'on aurait de la peine à en trouver un exemple bien authentique ». Il n'en est pas de même de la terminaison par gangrène. J'ai vu plusieurs fois, dit le même auteur, « la paroi libre et mince du foyer se mortifier, se détacher pour être éliminée ensuite par lambeaux ». Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des faits de ce genre et nous croyons qu'avec la méthode antiseptique ils deviennent de plus en plus rares.

Les considérations que nous avons émises, permettent en général de porter un pronostic bénin sur l'affection qui nous occupe, mais il faut se rappeler qu'il peut varier à l'infini suivant sa cause, sa marche et les complications qui peuvent survenir. Signalons en particulier : l'extension du processus inflammatoire aux ganglions inguinaux, au tissu cellulaire ambiant et par suite production d'abcès phlegmonneux, une hypersécrétion, un abcès du conduit excréteur aboutissant à une inflammation chronique de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal, etc.

Abandonnée à elle-même, la suppuration peut donner lieu à d'assez larges décollements, à une grande destruction de tissus, à une ulcération longue à cicatriser, à des sinuosités, à des fistules recto-vulvaires, vaginales et même uréthrales.

Les abcès à répétition que nous avons déjà signalés les *bartholinites alternantes*, que par analogie on pourrait comparer à l'affection désignée par Ricord dans le nom d'*orchite à bascule*, nous font voir que dans certains cas le pronostic devra être réservé.

En somme l'affection sans être grave, peut déterminer d'assez sérieux inconvénients et malgré la continence la plus absolue il est des malades qui voient cette affection récidiver si fréquemment, qu'elles la considèrent comme une véritable infirmité.

Il faut donc ne pas en négliger le traitement et faire sentir de bonne heure aux femmes toute l'importance de soumettre leur affection à une thérapeutique convenable. Toutefois, avant d'adopter une règle de conduite et d'instituer tout traitement, il faut se rappeler les autres affections qui peuvent induire en erreur.



Diagnostic

Quand l'abcès est formé, le diagnostic offre peu de difficultés et il suffit pour le faire, d'apprécier à leur juste valeur les symptômes que nous avons indiqués.

L'abcès se développant primitivement dans le canal excréteur sera distingué de l'inflammation de la glande elle-même. Dans ce dernier cas, la tumeur est plus profondément située, plus voisine de la branche de l'ischion que de l'orifice du vagin ; elle est placée un peu plus bas, dans la grande lèvre, et la fluctuation qui s'y manifeste plus tardivement est surtout sensible sur la face interne. Son volume est plus considérable ; elle déforme davantage la vulve, l'ouverture spontanée se fait plus longtemps attendre. Le pus, qui s'écoule rarement par l'orifice du conduit excréteur, n'a pas les mêmes caractères, il est plus lié, plus crémeux, plus épais. L'abcès parenchymateux est plus douloureux ; il peut même être accompagné de symptômes de réaction générale qui n'ont pas lieu pour l'abcès du conduit.

Les phlegmons de la grande lèvre ou de la vulve n'en imposeront point pour une bartholinite. Ils ont des manifestations beaucoup plus bruyantes, et leur siège, leur extension, les phénomènes généraux quelquefois fort graves qui les accompagnent, la formation des fistules consécutives feront éviter toute erreur.

On ne confondra pas plus les abcès stercoro-vulvaires dont parle Huguier (1), avec une collection purulente née de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale. L'abcès stercoral est mal limité ; celui de la glande a une forme qu'il est difficile de méconnaître. Dans le premier cas le pus peut être refoulé par la pression ; il y a une tumeur immuable dans le second. Dans l'un, le pus a l'odeur fétide des collections purulentes formées autour du tube digestif ; il est presque toujours inodore quand il provient de l'appareil glanduleux. En pareil cas, le toucher rectal ne manquera pas d'être pratiqué en même temps que le sondage de la plaie. S'il s'agit d'un abcès stercoral, le doigt placé dans le rectum reconnaîtra la pointe du stylet dont il ne sera séparé que par une faible épaisseur de tissus.

Les kystes séreux, qui se développent assez souvent dans le conduit excréteur, seront aisément reconnus. Ceux-ci en effet, sont indolents, les abcès sont toujours douloureux et sont accompagnés constamment de réactions inflammatoires. Un kyste ne détermine ni chaleur ni rougeur au niveau de la muqueuse vulvaire. La sensation qu'on éprouve en le palpant diffère de la fluctuation qu'on rencontre dans l'abcès. Dans le kyste, on devine avec les doigts un liquide plus aqueux que dans l'abcès, car, ici, il existe un empâtement spécial et caractéristique.

Une altération de la branche de l'ischion peut provoquer un abcès ossifluent qu'on ne pourra assimiler à un

(1) Mémoire à l'Académie de médecine 1850. p. 688.

abcès de la glande vulvo-vaginale. Le pus, dans la maladie de l'os, est séreux et très abondant ; il est crémeux et sa quantité est limitée dans le second cas. L'abcès de la glande est maintenu le plus ordinairement par les deux plans aponévrotiques du plancher périnéal ; le plus souvent, celui qui provient d'une ostéite a promptement des dimensions considérables.

Le thrombus de la vulve se distingue de la maladie qui nous occupe par son extension à toute la grande lèvre et par la couleur des tissus qui sont le siège d'une infiltration intense.

L'inflammation des follicules sébacés de la grande lèvre, ou les furoncles qui sont fréquents dans cette région, se développent dans la peau et tissu cellulaire sous-jacent, tandis que les abcès de la glande ne peuvent pas être limités profondément par la main qui explore la région.

Des abcès se forment parfois sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui, de la vulve, se rendent aux ganglions de l'aîne, mais leur situation superficielle, leur forme, les distinguent de ceux que nous avons décrit.

Enfin, nous avons relaté la communication du professeur Fournier, concernant certains abcès glandulaires qui, à une certaine période de leur évolution, peuvent en imposer pour un chancre mou ou induré. En pareil cas il faut avoir recours aux commémoratifs qui pourront toujours éclairer la question.

Traitement

Avec les armes dont nous disposons aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, le traitement des affections inflammatoires de la glande de Bartholin est devenu fort simple.

Nous n'en sommes plus, en effet, à considérer la bartholinite comme une manifestation secondaire de la syphilis (1) et nous trouverions extraordinaire d'administrer jusqu'à vingt-sept grammes d'iodure de potassium dans le but d'obtenir une prompte guérison.

Les anciens praticiens préconisaient fort le cataplasme, les onguents et les pommades résolutives, les lotions emollientes et adoucissantes. Nous avons abandonné cette méthode et le repos, les bains et les injections, voilà tout ce que nous avons conservé de l'ancien arsenal thérapeutique.

Velpeau et Huguier conseillaient d'appliquer des sangsues au périnée, ou entre la grande lèvre et la cuisse, dans le repli génito-crural. A. Guérin repousse ce moyen comme insuffisant pour conjurer la formation de l'abcès quand l'inflammation est intense, et aussi, à cause du

(1) Breton. Thèse de Strasbourg 1861. Conclusions.

retentissement qui se produit sur les vaisseaux lymphatiques, lorsqu'on applique des sangsues dans cette région. Nous partageons les idées de cet auteur, et nous abandonnons complètement cet élément décongestif.

Pendant la période aiguë, on se contente aujourd'hui d'appliquer sur les parties enflammées un pansement humide, c'est-à-dire, des compresses bouillies, trempées dans un liquide antiseptique (eau boricuée à 30/1000 ; eau phéniquée à 2/100 ; ou sublimé à 1/2000). On recouvre ce pansement avec un makintosh ou un taffetas gommé pour empêcher une évaporation trop rapide et le tout est maintenu par un bandage en T. Ce procédé, lorsqu'il est employé *tout au début* de l'affection, peut faire avorter le processus inflammatoire et déterminer une guérison rapide par résolution.

Mais lorsque la fluctuation se manifeste, il ne faut pas hésiter et avoir de suite recours à l'incision de l'abcès.

D'après A. Guérin, le chirurgien doit éviter d'inciser trop tôt, car une intervention précipitée peut, selon lui, être dangereuse. Nous croyons au contraire avec Velpeau et Huguier que l'ouverture hâtive de l'abcès, loin d'attirer des inconvénients, ne peut que diminuer l'intensité de la congestion.

Quand au point où doit se faire l'incision, il a donné lieu à bien des divergences entre les auteurs :

Velpeau conseille d'ouvrir dans presque tous les cas sur la face extérieure et antérieure de l'abcès : « J'ai pour but, dit-il, en me comportant ainsi, d'éviter la stagnation

du pus entre les parois de l'abcès, d'éviter aussi l'irritation des bords de l'incision et de la surface purulente mise à nu, soit par le contact des deux grandes lèvres entre elles, soit par l'exsudation d'une matière âcre et ichoreuse qui suinte en pareil cas, soit du vagin, soit de la vulve toute entière. »

A. Guérin fait la même incision que Velpeau, mais pour d'autres raisons : « En incisant, dit-il, en dedans de la grande lèvre, on trouve la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle qui s'oppose au recollement des tissus ; l'ouverture de cette membrane fibreuse reste longtemps béante, et son peu de tendance à se cicatriser donne souvent naissance à une fistule ». « Faire, dit Huguier, l'incision de l'abcès en dehors, sur la face cutanée de la lèvre, comme M. Velpeau l'a conseillé et pratiqué avec raison dès 1836 pour d'autres abcès de la vulve, est une très mauvaise pratique qui ne prévient pas le décollement de la muqueuse ni l'ouverture de l'abcès en dedans. Ce conseil, dit-il, nous surprend d'autant plus de la part de ce chirurgien, que dans le premier volume de son *Traité de pathologie externe* p. 246, il reconnaît que dans les abcès de la vulve qui suivent la blennorrhagie et les excès de coït, le pus est toujours plus voisin de la muqueuse que de la peau. »

Sans établir de règle fixe pour pratiquer l'incision dont nous discutons le siège, nous croyons toutefois avec Huguier qu'il faut ouvrir l'abcès sur le point le plus saillant, le plus fluctuant de la tumeur en dedans de l'ex-

trémité inférieure de la grande lèvre, où l'abcès tend à s'ouvrir de lui-même. L'ouverture spontanée se fait généralement sur un des points de la surface interne de la tumeur au voisinage de l'orifice du conduit excréteur ; c'est donc de ce côté qu'il faut diriger le bistouri, et pénétrer dans la profondeur des tissus selon la direction du canal de la glande.

« Mais l'ouverture au bistouri, dit Gosselin (1), comme toutes celles qui avoisinent une cavité naturelle, a de la tendance à s'oblitérer rapidement, avant que le fond de l'abcès ait eu le temps de se combler. La membrane pyogénique continue à former du pus, et si l'ouverture n'a fait que se rétrécir, il y a fistule ; si elle est oblitérée, l'abcès se reproduit, s'ouvre de nouveau : de là l'indication de maintenir béante l'ouverture jusqu'à ce que la cavité pyogénique ait disparu, ou mieux encore de placer un drain ».

Le drain, en effet, remplit les conditions nécessaires pour faciliter la cicatrisation définitive, empêcher les fistules et les récidives. D'une part, il s'oppose à l'occlusion de l'ouverture puisqu'il la remplit ; d'autre part, il permet l'évacuation progressive du foyer, par le tube et par les trous dont il est pourvu.

Le pansement humide dont nous avons parlé est tout indiqué pour recouvrir le drainage. Il sera renouvelé tous les jours et en nettoyant le drain, on pratiquera un lavage antiseptique de la cavité à l'eau phéniquée ou au sublimé.

(1) *Gosselin*. Clinique chirurgicale de la Charité, t. III, p. 12.

On ne supprimera le drain que lorsqu'on se sera assuré à l'aide du stylet, que la cavité est notablement diminuée et lorsque les bourgeons charnus chasseront d'eux-même le tube que ne pourra plus contenir l'ancienne poche de l'abcès.

On remplace assez avantageusement le tube à drainage par une mèche de gaze iodoformée ou salolée introduite dans la cavité à l'aide d'un stylet ou d'une sonde canelée.

Certains auteurs après avoir ouvert largement l'abcès ont conseillé de toucher les parois de la poche avec un liquide caustique, (chlorure de zinc ou nitrate d'argent). Nous croyons cette pratique inutile, car la membrane pyogénique n'est guère modifiée par ces attouchements, et la suppuration n'en est pas diminuée pour autant.

Quoi qu'il en soit, l'incision, jointe à la méthode antiseptique amène rapidement la guérison des abcès simples de la glande vulvo-vaginale, qui ne laissent d'autre trace de leur existence qu'une légère induration, dont nous avons déjà parlé.

Quant aux abcès à répétition nous avons établi nettement leur pathogénie et aujourd'hui plus que jamais, nous conseillerons en pareil cas l'extirpation de la glande.

Bien avant Huguier on pratiquait déjà l'ablation de la glande, soit pour des kystes plus ou moins volumineux, soit pour des fistules consécutives aux abcès glandulaires.

Cette opération peut se faire sous le chloroforme ou simplement à l'aide d'une anesthésie locale avec la cocaïne.

La malade est placée sur un lit, le siège au bord, les jambes maintenues élevées et écartées comme dans l'opération de la taille. La vulve est rasée du côté malade et on pratique une toilette et une injection vaginale antiseptique au moment-d'opérer.

Le chirurgien placé entre les jambes de la malade fait relever par un aide, la grande et la petite lèvre en dehors, puis il pratique à la partie inférieure du pli nympho-labial, une incision longitudinale, ou deux incisions semi-elliptiques, à la base de l'induration de la glande en commençant par l'incision inférieure et externe. Il saisit ensuite la tumeur glandulaire avec une pince érigne, la dissèque avec précision et en détache la base, soit avec des ciseaux courbes, soit avec le bistouri convexe.

Pour mieux reconnaître la situation de la glande et en faire une dissection plus propre et plus habile, on peut avant d'opérer, passer par l'orifice du conduit excréteur une injection de *spermaceti* qui pénétrera jusque dans les culs-de-sacs glandulaires, et limitera mieux les contours de l'organe.

Le manuel opératoire est comme on le voit des plus simples. Il faut respecter autant que possible le bulbe du vagin qui est situé en avant et au-dessus de la glande. Si on lèsait l'artère transverse du périnée, il suffirait d'en faire la ligature. Le plexus veineux qui enveloppe le vagin pourra donner lieu à de légères hémorragies qui s'arrêteront vite par un simple tamponnement de la cavité. Si celle-ci ne saigne pas abondamment on peut réunir les

lèvres de la plaie par un ou deux points de suture au catgut.

Lorsque l'opération est pratiquée antiseptiquement, les suites en sont des plus simples et tout se termine dans les 10 ou 15 jours qui la suivent. On peut néanmoins avoir des suppurations consécutives et nous en signalons un exemple dans notre observation I. Il faut en ce cas se hâter d'ouvrir le foyer purulent, faire un petit drainage, et l'affection ne tarde pas à guérir radicalement.

On a prétendu pendant longtemps que la **grossesse** était une contre indication à une intervention semblable. Nous croyons au contraire que le **pus** d'une bartholinite chronique sur la vulve d'une femme enceinte ou d'une accouchée, peut entraîner des conséquences que nous n'avons pas à faire ressortir, mais dont la gravité est une indication formelle de l'opération.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Terrier à
l'hôpital Bichat

Augustine Ch., 19 ans, blanchisseuse entre le 29 avril 1895 à l'hôpital Bichat. Salle Chassaigne N° 23. Pâle blonde et lymphatique, la malade a été réglée à 12 ans irrégulièrement. Au mois de décembre 1894 elle a éprouvé des douleurs en urinant accompagnées d'abondantes pertes blanches. Elle eût alors des ganglions engorgés et douloureux dans les deux aines. Quinze jours après le début de ces phénomènes, gonflement de la grande lèvre gauche ; douleurs très vives durant huit jours avec accroissement de la tumeur, puis ouverture spontanée d'un abcès qui laisse échapper beaucoup de pus, mais soulage beaucoup la malade. Néanmoins la grande lèvre reste toujours tuméfiée et sensible à la pression.

Au commencement de février 1895, la grande lèvre se tuméfie de nouveau et devient douloureuse comme précédemment. Cette crise dure cependant moins longtemps que la première et au bout de huit jours, l'abcès qui s'était formé s'ouvre spontanément.

ment. Après une suppuration qui dure presque deux mois la grande lèvre reste toujours douloureuse et indurée. La malade entre alors à l'hôpital dans l'intention de faire cesser cette suppuration.

En l'examinant, on constate que la grande lèvre gauche est sensiblement plus grosse dans sa moitié inférieure que la droite. A la palpation, on sent une tumeur de la grosseur d'une noisette mais de forme très allongée dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, située dans la partie postéro-inférieure de la grande lèvre gauche. Les douleurs sont presque nulles et il n'existe pas de ganglions dans l'aîne. Le muco-pus qui s'échappe du conduit excréteur est grisâtre et épais. Nous en recueillons à l'aide d'une pipette stérilisée. En appuyant sur l'urètre on fait sourdre une gouttelette de muco pus ; nous en prenons la plus grande partie avec une autre pipette.

Le vagin est rouge et douloureux. Le col utérin est normal.

Le 3 mai on pratique l'ablation de la petite tumeur de la grande lèvre, qui se trouve constituée : 1° par une masse de tissus, 2° par un petit kiste de la grosseur d'un pois contenant un liquide trouble et sanguinolent. Cette pièce est mise de suite dans l'alcool absolu et nous en avons donné la description dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

A la suite de cette opération, il se fit vers la partie inférieure de la plaie suturée, un hématôme assez volumineux.

Douze jours après, on voyait apparaître de la fièvre et la tumeur infectée formait un petit abcès localisé dans la grande lèvre gauche.

On ouvrit cette nouvelle collection purulente et la plaie se cicatrisa fin mai.

La malade que nous avons revue dernièrement souffre encore d'une vaginite et d'une uréthrite assez intenses.

Examen microscopique direct. — Dans le muco-pus uréthral on trouve quelques éléments et débris de cellules épithéliales des leucocytes et des colonies de longs bâtonnets que nous n'avons pu déterminer. D'autre part dans quelques globules blancs on remarque des groupes de diplocoques qui se décolorent par le Gram et qui ont tout à fait la structure du gonocoque.

Le liquide recueilli à l'orifice du conduit excréteur est surtout formé par des cellules dégénérées et par des leucocytes. Les micro-organismes y abondent nous avons cru reconnaître du staphylocoque à part les nombreux bâtonnets disséminés sur toute la préparation et non déterminés. Malgré de nombreuses recherches nous n'avons pu y trouver un seul gonocoque.

Cultures. — Ce pus cultivé sur agas nous a donné des plaques blanchâtres superficielles et l'examen a fait constater nettement la présence du staphylocoque.

OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Pr Terrier, à l'hôpital Bichat.

Marie D..., 29 ans, ouvrière en couture se présente le 19 juin à la consultation externe de l'hôpital Bichat. La malade perd en blanc depuis six mois. Elle n'a pas éprouvé de douleurs en urinant. Il y a trois mois, elle eût une tumeur très douloureuse dans la grande lèvre droite. Elle souffrait depuis huit jours quand on incisa la tumeur, mais il ne s'écoula que du sang. Tout disparut ensuite et il ne persista qu'une légère sensibilité de la grande lèvre.

Il y a dix jours environ, les mêmes symptômes se reproduisent et au même endroit, dans la grande lèvre, se manifesta une tuméfaction très douloureuse, débutant par un prurit intense.

En l'examinant, nous trouvons la grande lèvre droite triplée de volume. La rougeur de la tuméfaction est surtout intense dans la portion inférieure et interne dans la grande lèvre. La tumeur, en effet, grosse comme un œuf de pigeon, s'étend jusqu'au niveau des caroncules myrtiliformes et occupe toute la partie inférieure de la grande lèvre. Cette grosseur est très nettement fluctuante et sur son point le plus proéminent, juste au-dessous du sillon qui sépare la grande de la petite lèvre, on voit une saillie blanche qui n'est que l'ancienne cicatrice soulevée par le pus. Par la pression, on fait sourdre du canal de l'urèthre une gouttelette de muco-pus que nous recueillons soigneusement avec une pipette.

Après avoir désinfecté la vulve et le vagin, on pratique à la partie inférieure et interne de la tumeur une large incision et, après écoulement d'un pus ocreux, mêlé de stries sanguinolentes et assez abondant, on introduit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité pyogénique.

On maintient le pansement avec un bandage en T et la malade retourne chez elle entièrement soulagée.

Nous l'avons revue le 25 juin ; la glande est encore indurée et légèrement douloureuse ; la plaie est cicatrisée, mais son uréthrite n'est pas guérie.

Examen microscopique immédiat. — 1° Dans le pus de la bartholinite, on trouve de nombreux débris épithéliaux, de leucocytes peu abondants et quantité de petits bacilles à déterminer par la culture. On ne rencontre aucun gonocoque. 2° Dans

le pus de l'écoulement uréthral, on trouve des cellules épithéliales dégénérées, des leucocytes abondants ; enfin quelques groupes isolés de gonocoques présentant la forme caractéristique et d'autre part un groupe de ces mêmes microbes nettement contenu dans l'intérieur d'un globule blanc. Ces microbes sont décolorés par le *Gram*.

Cultures. — Lesensemencements que nous avons fait sur agar-agar et dans le bouillon, n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION III (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le P^r Terrier à l'hôpital Bichat.

Louise A..., 38 ans, ménagère. Règlée à 15 ans ; régulièrement. Anémie et chlorose jusqu'à 20 ans. Mariée à 28 ans, la malade fait une fausse couche un an après son mariage. Il y a 3 mois, elle souffrait en urinant et avait beaucoup de pertes blanches. L'écoulement qui baignait ses organes génitaux externes lui occasionna une irritation vulvaire plus ou moins intense. Malgré les soins de propreté et d'hygiène, le prurit vulvaire augmenta.

Le 7 juin, elle sent une petite grosseur se développer dans la grande lèvre du côté gauche. Cette tumeur s'accroît avec accompagnement de douleurs de plus en plus vive et lancinantes. Le médecin qui la soigne l'engage à se faire transporter à l'hôpital, où elle entre le 13 juin.

A l'inspection, on voit la grande lèvre gauche très tuméfiée dans sa moitié inférieure : elle est rouge, chaude et douloureuse. En l'écartant légèrement en dehors, on sent une tumeur

arrondie faisant saillie au niveau de la terminaison inférieure de la petite lèvre du même côté. Cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule, est nettement fluctuante. On sent, dans l'aîne du côté gauche, un ganglion inguinal engorgé et douloureux. Il s'écoulé de l'urèthre une sécrétion anormale que nous recueillons soigneusement.

Du 14 au 17 la malade prend un bain et une injection vaginale tous les jours.

Le 18, l'abcès est incisé sur la face intéro-interne de la grande lèvre, il s'écoule un pus jaunâtre, épais mêlé de stries sanguinolentes. Soulagement presque instantané de la malade. Pansement ordinaire à l'iodoforme.

Le 25 juin, la malade est encore à l'hôpital, mais elle est complètement guérie. La grande lèvre est totalement désenflée; il persiste néanmoins une petite grosseur dans sa partie postéro-inférieure.

Examen microscopique immédiat. — L'écoulement uréthral est constitué par des débris épithéliaux et de nombreux leucocytes. On rencontre des groupes de gonocoques dans certains globules blancs, car, outre leur forme caractéristique, ils se décolorent par le Gram.

Dans le pus de la bartholinite, nous trouvons beaucoup de globules blancs et quelques micro-organismes, ressemblant à des cocci difficile à déterminer.

Cultures. — Lesensemencements sur agar-agar et dans le bouillon furent positifs. Après 24 heures de séjour à l'étuve, on vit sur l'agar de petits mamelons d'un blanc laiteux à bords inégaux, sinueux. Nous avons reconnu au microscope du staphylocoques, et dans le bouillon, on remarque une parcelle entourée d'un piqueté de fin flocons. Au microscope, nous avons cru pouvoir déterminer le *micrococcus lacteus faviformis*.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr de Beurmann à l'hôpital Broca.

Marie B..., 47 ans, couturière, d'abondantes fleurs blanches depuis un an. Huit jours avant d'entrer à l'hôpital, à la suite de fatigues, de veilles et d'excès de travail, elle a ressenti des démangeaisons et des douleurs vives au niveau des organes génitaux externes, qui l'ont effrayée et engagée à se faire soigner le plus tôt possible. Elle est reçue le 10 mai dans le service et couchée au n° 18 de la salle Astruc.

On constate en l'examinant qu'un abcès s'est développé vers le commencement du 1/3 inférieur de la grande lèvre gauche, se prolongeant jusque vers l'extrémité inférieure de la petite lèvre. La tuméfaction forme une saillie très prononcée vers l'entrée du vagin. Celle-ci toutefois n'est bien visible qu'en écartant la grande lèvre de la vulve. La muqueuse est rouge, tendue et au palper la fluctuation est des plus manifestes ; mais on cause en la recherchant des douleurs fort vives.

On applique un pansement humide sur les parties malades et on ordonne un bain et une injection vaginale par jour. Quatre jours après on constatait que l'abcès s'était ouvert spontanément à l'union de la petite et de la grande lèvre à un demi centimètre environ en dehors de l'orifice naturel du conduit excréteur. Après une insensibilisation préalable à la cocaïne, l'interne, M. Bize, agrandit l'orifice et en introduisant un stylet il pénètre dans une cavité ayant bien deux centimètres de profondeur. Il introduit une mèche de gaze iodoformée et en bourre la poche de l'abcès.

La malade quitte le service le 24 juin et il ne persiste qu'une légère induration à peine sensible.

L'abcès s'étant ouvert et vidé spontanément nous n'avons pu recueillir de pus et notre observation manque d'analyse bactériologique.

OBSERVATION V (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr de Beirmann à l'hôpital Broca.

Augustine L..., 22 ans, fleuriste, entre à l'hôpital Broca, salle Astruc, n° 20, le 24 mai 1895. Régliée à 13 ans, elle a eu un enfant et deux fausses couches. Il y a trois mois elle contracta une blennorrhagie car elle dit avoir souffert alors en urinant et son linge était taché en jaune par les sécrétions vaginales. Elle fut traitée par des injections vaginales au permanganate de potasse et des bains.

L'écoulement persévéra tout en devenant moins épais et moins jaune. Il y a un mois, après ses règles, elle éprouva des démangeaisons et aperçut une grosseur à la grande lèvre droite. Elle prit des bains, se reposa quelques jours et la tumeur n'augmenta pas de volume ; mais aux règles suivantes qui furent peu abondantes la grosseur s'accrut en déterminant de violentes douleurs. Ne pouvant plus ni marcher ni s'asseoir, elle entra à l'hôpital.

En l'examinant le 25 mai, nous constatons dans l'épaisseur de l'extrémité postérieure de la grande lèvre, une grosseur du volume d'un gros œuf de pigeon. La sallie qu'elle détermine est plus prononcée en dedans vers l'entrée de la vulve, qu'en dehors

du côté de la cuisse. La grande lèvre du côté opposé est normale. La muqueuse qui recouvre la tumeur en dedans est lisse et luisante, rouge et enflammée. On sent en palpant la tumeur, un point nettement fluctuant. Ce point qui est aussi le plus douloureux est situé à la partie interne et inférieure de la grande lèvre. Les battements et les élancements douloureux irradient presque dans l'aîne droite où on trouve de volumineux ganglions inguinaux. La miction cause des cuissons plutôt que de véritables douleurs et en comprimant l'urèthre on fait sourdre une gouttelette muco-purulente que nous recueillons.

On se disposait à faire l'incision le lendemain, mais l'abcès s'ouvrait spontanément pendant la nuit, sept à huit millimètres en dehors, au-dessous de l'orifice du conduit excréteur. En vidant la poche par compression, on fait écouler quelques gouttes d'un pus jaunâtre épais, mêlé à quelques stries sanguinolentes, mais sans odeur fécaloïde. On agrandit l'orifice et après avoir touché les parois de la poche au chlorure de zinc on y introduit une mèche de gaze iodoformée.

Le 29, la malade qui est beaucoup soulagée peut marcher et s'asseoir sans éprouver aucune douleur. Le 1^{er} juin, la plaie est cicatrisée et ne laisse aucune dépression. Le 3 juin, la glande encore un peu volumineuse est à peine sensible et la malade quitte le service presque guérie.

Examen microscopique direct. — Le pus de l'urèthre est formé de débris de desquamation et de globules blancs. Comme micro-organismes nous rencontrons divers bâtonnets du staphylocoque et un petit nombre de gonocoques qui étaient à l'intérieur des globules blancs.

Dans le pus de la bartholinite on remarquait de nombreux leucocytes et de nombreuses cellules desquamées. Entre les cellules et dans les cellules, beaucoup de micro-organismes bacté-

ries et cocci de différentes grosseurs. Aucun gonocoque n'est visible.

Cultures. — Les tubes de gélatine et de bouillon donnent le lendemain des cultures positives :

Sur l'agar on reconnaît l'entonnoir de liquéfaction du staphylocoque ; le bouillon est troublé et on reconnaît ce microbe au microscope.

D'autres cultures ne liquéfient pas la gélatine et donnent de petites cultures grises ; le bouillon est troublé et on trouve au microscope un gros coccus, le plus souvent en diplocoque, en tétracoque ou en chaînettes, que nous prenons pour le micrococcus lacteus faviformis.

OBSERVATION VI (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le Dr Peyrot, à l'hôpital Lariboisière).

Arnoldine J..., 23 ans, femme de chambre, entre le 11 février, salle Elisa-Roy, au n° 29.

D'une constitution robuste. Réglée à 14 ans, régulièrement. Perd en blanc, presque constamment. Pas d'accidents syphilitiques.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, à la suite de fatigues, la malade ressentit un prurit intense au niveau de la vulve et en même temps elle vit se développer dans sa grande lèvre gauche une tumeur qui évolua accompagné de symptômes très douloureux.

Ne pouvant plus travailler vu l'état de son affection, la ma-

lade vient se faire soigner à l'hôpital. Elle affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie antérieure.

On constate en l'examinant que la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule et qu'elle occupe la moitié inférieure de la grande lèvre gauche. La petite lèvre du côté correspondant est rouge, gonflée, œdématisée et quatre à cinq fois plus grosse que celle du côté opposé.

La muqueuse qui recouvre la tumeur en dedans est rouge, luisante et tendue. On sent à la partie la plus déclive de l'abcès une fluctuation très nette. Dans l'aîne du côté malade on rencontre des ganglions notablement augmentés de volume et douloureux à la pression. Il ne s'écoule de l'urèthre aucun liquide suspect.

Le 12 on pratique à la partie la plus déclive de la poche une incision de deux centimètres de largeur. Il s'écoule une cuillerée environ de pus brunâtre et sanguinolent. On introduit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité et on fait un pansement sec. Mais le pansement n'est pas surveillé, la plaie se referme et quatre jours après le 18, l'abcès était reformé au même endroit. On fait alors une nouvelle incision et on draine le foyer purulent. Celui-ci suppure encore une quinzaine de jours puis se referme vers la fin du mois.

Quelques jours plus tard les douleurs qui depuis longtemps avaient cessé réapparaissent de nouveau et le 4 mars, un abcès se reforme avec tous les phénomènes qui accompagnèrent les précédents. Toutefois les symptômes sont moins aigus et c'est une suppuration chronique qui s'établit.

Il y avait là une indication formelle à l'extirpation de la glande et cette opération est pratiquée le 10 mars. Nous avons alors l'avantage de pouvoir recueillir la pièce pathologique.

La guérison survint dans les huit jours qui suivirent l'opération et nous n'avons pas revu la malade depuis.

Examen microscopique immédiat. — Le pus de cette bartholinite très épais et jaunâtre renferme des globules blancs peu abondants, des débris de cellules et des groupes de coccus qui ressemblent beaucoup au staphylocoque, mais toujours aucune trace de gonocoque.

Ici la malade n'avait aucun écoulement urétral.

Cultures. — Elles sont toutes restées stériles.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Docteur de Beurmann à l'hôpital Broca.

Marie M., 26 ans, femme de chambre entre le 18 mai à l'hôpital Broca. Salle Van Swieten, n° 20. Réglée à 13 ans régulièrement. Constitution forte et robuste. Perd presque continuellement en blanc. Il y a trois ans après avoir passé une nuit avec un homme dont les organes génitaux étaient disproportionnés aux siens, la malade éprouve des douleurs d'abord sourdes, puis de plus en plus violentes du côté de sa grande lèvre gauche. Il se développe un abcès dans le 1/3 inférieur de cette grande lèvre et elle vint à l'hôpital se faire soigner. On incisa et draina l'abcès et vingt jours plus tard la malade sortait guérie. Un an après, une tumeur semblable à la première se développe de nouveau au même endroit et évolue comme la précédente. Enfin le 18 mai la malade entre encore dans le service pour une récurrence de son abcès glandulaire.

C'est évidemment un beau cas de bartholinite à répétition. Mais il faut dire que depuis six mois la patiente a contracté

la syphilis et l'affection qu'elle porte aujourd'hui est probablement compliquée de spécificité.

Nous ne voyons la malade que quinze jours après son entrée et nous constatons en l'examinant que la grande lèvre gauche est très œdémacice dans toute sa hauteur mais le tiers inférieur est notablement plus gros. Elle est rouge, violacée et tendue. Sur la face antérieure à mi hauteur, on aperçoit trois ouvertures qui sont les orifices extérieurs de fistules, d'où s'écoule une matière purulente jaunâtre. En relevant la grande lèvre, on découvre une tumeur, qui siège entre la grande et la petite lèvre et qui a le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur n'est pas très douloureuse et en la comprimant on fait sourdre du pus par les orifices que nous avons signalés. Pas d'écoulement uréthral. Les ganglions inguinaux sont engorgés du côté gauche, sans toutefois être douloureux.

On applique sur les parties malade des compresses humides qui limitent l'inflammation et font diminuer l'œdème, mais l'abcès suppure toujours.

Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de profiter de l'extirpation de cette glande qui est projetée depuis longtemps.

Examen microscopique direct. — Le liquide muco-purulent qui s'échappent des fistules renferme de nombreuses cellules de desquamation, des globules blancs assez nombreux et entre les cellules, parfois dans leur intérieur, se voient en assez grand nombre des micro-organismes dont l'aspect varie ; le plus grand nombre se présente sous la forme de diplocoques, et cependant impossible de rencontrer un gonocoque.

Cultures. — Elles sont restées stériles.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Docteur de Beurmann
à l'hôpital Broca.

Augustine M..., 24 ans, fleuriste, entre le 17 avril à l'hôpital Broca, salle Astruc, n° 28. Parisienne, blonde, lymphatique, pas très forte, réglée à 12 ans irrégulièrement ; la malade contracte la syphilis à 16 ans et suit un traitement assez régulier. Il y a deux ans, manifestation spécifique tertiaire sous forme de gomme sur la grande lèvre droite.

Huit jours avant d'entrer à l'hôpital elle contracte une blennorrhagie, elle éprouve des douleurs vives en urinant et l'écoulement purulent qui baigne ses organes génitaux laisse des taches jaunes verdâtres sur son linge. Mais surviennent des douleurs dans le genou droit. Elle entre alors dans le service et est soignée pour arthrite blennorrhagique. Cette affection était à peu près guérie, quand le 8 juin, sans cause manifeste, la malade sent de vives démangeaisons au niveau de sa grande lèvre gauche. Le lendemain, le prurit se transforme en douleurs plus vives et la grande lèvre augmente de volume.

En l'examinant le 12 juin, nous reconnûmes, que le tiers inférieur de la grande lèvre gauche était le siège d'une tumeur grosse comme une petite noix qui obstruait l'orifice vaginal et repoussait la grande lèvre du côté opposé. La fluctuation était manifeste à l'endroit le plus saillant de la tumeur. La muqueuse vaginale du côté malade est rouge et brûlante, et en comprimant

l'urèthre on fait apparaître à son extrémité une sécrétion mucopurulente que nous recueillons avec soin.

La malade ne peut ni marcher ni s'asseoir, et elle éprouve vers le soir quelques frissons.

Le 13 juin on incise l'abcès ; il s'écoule environ une cuillerée à café de pus jaunâtre et épais. Après attouchement au chlorure de zinc on introduit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité.

Toute tuméfaction a disparu, le 20 juin, et il ne reste qu'une petite induration dans la région de la glande. La blennorrhagie persiste cependant et semble rebelle à tout traitement.

Examen microscopique immédiat. — La gouttelette de liquide recueillie à l'extrémité de l'urèthre renferme outre les débris épithéliaux de cellules dégénérées des globules blancs à l'intérieur desquels se trouvent des gonocoques caractéristiques.

Le pus de la bartholinite présente du staphylocoque et des gonocoques en assez grande quantité à l'intérieur et en dehors des globules blancs.

Cultures. — Le staphylocoque seul a fourni une culture caractéristique sur gélatine. (Dépôt jaune orangé au fond de l'entonnoir de liquéfaction.)

OBSERVATION IX

du Dr H. Felecki à Budapest, in *Oester medicinische chirurgische Presse* 1889.

Un jeune homme marié depuis quatre semaines se présenta au Dr Felecki en se plaignant de ne plus pouvoir remplir ses de-

voirs envers sa jeune femme, car celle-ci aux moindres rapprochements ressentait des douleurs intolérables. Ces douleurs qui, même au repos, et surtout en marchant, étaient des plus vives; il les attribuait aux violences qu'avaient subies son épouse dans les coïts antérieurs. Il se produisait en même temps des crises passagères de ténésme vésical.

Un examen des organes génitaux ne put se faire que sous le chloroforme. L'hymen, à part quelques érosions, était intact. Les petites lèvres, l'orifice de l'urèthre et la grande lèvre droite étaient fortement tuméfiées. Autour des organes génitaux externes se trouvaient quelques sécrétions muco-purulentes. En comprimant le canal de l'urèthre, il ne sortait aucun liquide.

Au réveil de la patiente, la surface interne de la grande lèvre droite était particulièrement sensible. Tous ces symptômes s'expliquèrent trois jours après, par l'apparition d'une bartholinite. La grande lèvre droite était très enflée et à la partie inférieure on trouvait de la fluctuation. Le ténésme vésical persistait.

Comme la patiente se refusait à laisser pratiquer l'ouverture de l'abcès, on conseilla l'application de cataplasmes. Deux jours plus tard l'abcès s'ouvrait spontanément pendant la nuit et il s'écoula beaucoup de pus.

L'inflammation dura encore plusieurs semaines, ce qui n'empêcha pas la patiente de revoir son mari. Après les règles suivantes, se développa une bartholinite du côté gauche. Celle-ci abcéda et se guérit quelques semaines plus tard, après l'écoulement du pus.

Comme on soupçonnait fort le mari, d'être l'auteur de l'infection, il fut examiné à diverses reprises. Il déclare n'avoir jamais eu de blennorrhagie et n'avoir vu aucune femme, pendant les quatre mois qui précédèrent son mariage. A l'endoscope

on ne trouva chez lui aucune lésion uréthrale. Il n'avait donc été cause d'aucune infection et les rapports qu'il eût avec sa femme ne l'infectèrent pas plus.

Dans le pus on trouva de nombreux diplocoques, mais aucun gonocoque.

Ce cas de bartholinite dont on ignore l'origine infectieuse, ne peut pas être mise sur le compte de la blennorrhagie.

OBSERVATION X

Du Docteur H. Felecki de Budapest (*in Pester Medizinische Chirurgische Presse* 1889).

Une jeune femme, mère de deux enfants, fut atteinte au cinquième mois de sa grossesse d'une bartholinite. La grande lèvre gauche était à peine enflée. Dans le vagin et au pourtour des organes génitaux externes on trouvait une sécrétion mucopurulente. En comprimant l'urèthre on ne faisait sourdre aucun liquide. Après deux jours de repos au lit et d'application de cataplasmes, l'abcès s'ouvrit spontanément. Le mari était sain. L'inflammation dura encore quelques semaines pendant lesquelles le mari retourna avec sa femme sans s'infecter. Cette femme soigna un de ses enfants atteint d'une affection oculaire et celui-ci pas plus que le nouveau-né dont elle accoucha plus tard, ne souffrirent d'infection oculaire.

Ici l'examen microscopique ne fut pas pratiqué.

OBSERVATION XI

Du Dr O. Pollacesk in Budapest in Pester Medizinische Presse 1889.

F. P... Régina, âgée de 14 ans, fille d'un tailleur, se présenta le 8 novembre 1888 à la Policlinique. Elle était amenée par le père, qui soupçonnait quelqu'un d'avoir exercé sur sa fille une tentative de viol, car cet attentat expliquerait, selon lui, les lésions des organes génitaux de son enfant. Sa fille se plaignait en effet depuis deux mois, de violentes douleurs aux parties génitales. — La jeune fille, cependant, repousse les soupçons paternels avec indignation et nous apprend que, deux mois auparavant, elle ressentit, au niveau de sa grande lèvre droite, de violentes démangeaisons, et qu'elle gratta l'endroit où se manifestait ce prurit. Mais peu après survint, à la place même, une légère enflure qui, pendant quatre jours, augmenta tout en causant des douleurs extraordinaires. Quatre jours après, l'abcès s'ouvrit spontanément et donna issue à un pus abondant. Auparavant, la jeune fille n'a jamais remarqué ni pus, ni mucosités du côté de ses organes génitaux, ni ressenti, en cet endroit, aucun prurit.

Les règles n'étaient établies que depuis peu.

Etat actuel. — La jeune fille est pâle, anémique, et n'est pas développée selon son âge. La grande et la petite lèvre droite sont triplées de volume, mais la région de la glande de Bartholin est surtout œdématisée.

On aperçoit, à l'extrémité inférieure de la grande lèvre droite, une ouverture grosse comme un pois, qui conduit dans

une profonde cavité. Celle-ci correspond avec le conduit excréteur de la glande droite de Bartholin. La petite et la grande lèvre gauche sont presque entièrement normales. L'hymen est absolument intact et il ne s'écoule aucune sécrétion du vagin. On diagnostique une bartholinite chronique, et on suppose, que la sécrétion produite par le grattage et le frottement de la vulve, a infecté l'orifice du conduit excréteur et que l'infection a gagné par voisinage le reste du canal et le tissu glandulaire lui-même. Les suites confirmèrent le diagnostic et après un traitement chirurgical approprié, le processus prit fin, toute suppuration cessa, et les organes redeviennent tels qu'ils étaient avant l'affection.

Il ne persista ni cavité ni fistules.

OBSERVATION XII

Tirée de la pratique privée du Dr Rona. In Pester Medizinische chirurgische Presse, 1889.

Madame Sz. M., âgée de 21 ans, femme d'un fonctionnaire, fit appeler, le 29 avril 1886, le Dr Rona, qui avait déjà soigné le mari l'année précédente pour syphilis. Ces époux mariés depuis quatre jours affirment n'avoir eu aucun rapport sexuel avant leur mariage. Après la première nuit de vie commune, mais surtout après les suivantes la jeune femme, qui auparavant était vierge, ressentit de violentes douleurs du côté de sa grande lèvre droite, et depuis deux jours on voyait une petite tumeur se développer à cet endroit. Il est à remarquer que le mari n'a

jamais eu de blennorrhagie et était exempt de toute trace de syphilis depuis plus de six mois.

Etat actuel. — Dans la moitié inférieure de la grande lèvre droite, on constate une tumeur dure, douloureuse et de la grosseur d'une noix. Cette tumeur correspond à la glande droite de Bartholin et cependant il ne s'échappe aucune matière purulente du conduit excréteur. La vulve est quelque peu hyperhémisée et on constate une rupture toute récente de l'hymen qui est recouvert d'une masse blanchâtre ressemblant à de la vaseline, mais on ne trouve aucune trace de pus. L'examen du mari donne un résultat négatif, mais il faut dire que sa verge avait des proportions peu ordinaires.

La tumeur malgré un traitement antiseptique poursuit son évolution et quatre jours plus tard on pratiqua une incision, qui permit de constater la communication du conduit excréteur de la glande avec l'abcès lui-même.

La guérison complète survint huit jours après l'ouverture de l'abcès. Mais pendant le cours de l'affection ni dans la suite on ne put constater trace de blennorrhagie.



CONCLUSIONS

Arrivé au terme de notre travail, résumons en quelques lignes les idées que nous y avons développées :

1° Nous appelons Bartholinite le processus inflammatoire qui aboutit à l'abcès canaliculaire ou parenchymateux de la glande vulvo-vaginale.

2° Cette affection microbienne, peut se développer en dehors de toute blennorrhagie, le gonocoque n'en est donc pas le microbe spécifique.

3° L'étude étiologique de la maladie nous oblige à compter avec l'invasion gonococcienne, mais la plupart du temps il y a infection mixte à gonocoque et à staphylocoque et le premier prépare le terrain au second, si bien que lorsque on analyse le pus des abcès on retrouve rarement des traces de micrococcus de Neisser.

4° Les lésions anatomo-pathologiques rencontrées par nous dans cette affection sont :

a). Une prolifération considérable de l'épithélium des conduits excréteurs ;

b). Une infiltration embryonnaire qui forme autour de ces canaux un manchon continu.

c). La formation d'abcès péricanaliculaires qui, selon nous, explique la pathogénie des abcès à répétition.

5° Nous traiterons l'abcès simple par l'incision, l'abcès chronique par l'extirpation de la glande, en observant dans l'un et l'autre cas, les règles de la méthode antiseptique.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu :

Par le Président de Thèse,
PAUL BERGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alary.** — Des abcès de la glande vulvo-vaginale. Leur étiologie, leur traitement. Thèse Paris 1891-92. N° 141.
- Aubenas.** — Thèse d'agrégation de chirurgie. Des tumeurs de la vulve. Strasbourg 1860 p. 8.
- Arning.** — Ueber das Vorkommen de Gonococcen bei Bartholinitis Vierteljahreschrift für dermat., und. syphilis 1883, p. 371.
- Bolze.** — Zur path der Bartholinischen Drusen. Prager Vierteljahreschrift p. 3.
- Bonnet.** — Des kystes et abcès de la glande vulvo-vaginale. Gazette des hôpitaux 1888. N° 69.
- Boys de Loury.** — Etude sur les abcès et kystes des grandes lèvres. Revue med. 1840, t. IV, p. 342.
- Breton.** — De la bartholinite Th. Strasbourg. 1861.
- Bumm.** — Zur Kenntniss der Gonorrhée der Weiblichen Genitalien arch. für gynaékologie XXIII 1884, p. 327.
- Courty.** — Maladies de l'utérus. (Inflamat. des gl. vulvo-vaginales). 1872, p. 1190.
- Chevalerias.** — Des suppurations de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris 1880.
- Denis.** — Lettre au rédacteur des Annales de Chirurgie. 1841.
- De Sinety.** — I) Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes (abcès des gl. vulvo-vag.) Paris 1879. p. 150.
II) Bulletin de la société de biologie 1880.

- Faguet.** — Des abcès des grandes lèvres et de la gl. vulvo-vag. Paris 1857.
- Fauvel.** — Inflammation chronique et fistules de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris 1885-86.
- Felecki.** — Sur l'étiologie blennorrhagique de la Bartholinite. Pest. méd. chir. Press. Budapest 1889 XXV 1157.
- Gosselin.** — Cliniques chirurgicales de la Charité. Paris 1873, t. II p. 463.
- Grimaux de Caux. Saint-Martin. Saint-Ange.** — Physiologie de l'espèce histoire de la génération 1847.
- Guérin A.** — Maladies des organes génitaux externes de la femme. Paris 1864. XV leçon.
- Huguier.** — I) Annale des sciences naturelles 1850. Zoologie t. XIII, p. 246.
II) Mémoires de l'académie de médecine t. XV p. 527.
- Huguenin.** — Thèse de Paris 1889. Considération sur les abcès de la glande vulvo-vaginale.
- Hamonie.** — Annales de dermatologie 1883, p. 427.
- Langerhans.** — *Histologie de la glande de Bartholin.* *Wirchows arch. Band 61.*
- Mareschal.** — Des abcès des gl. vul.-vag. Th. Paris, 1873, n° 5.
- Neumann.** — Ueber Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen und ihres Ausführungsganges. Wien méd. Blätter 1888 XI. P. 577.
- Pollacesk.** — Sur l'étiologie de la bartholinite. Pest. med. chir. Press Budapest 1889, p. 1229.
- Robert.** — Observation prise à Lourcine en 1837. Mémoire lu à l'académie de med. 1840.
- Richet.** — Traité pratique d'anatomie médico chirurgicale Paris 1873 IX^e édition, p. 534.
- Smith.** — Abcess of vulvo-vaginal gland. Dixie doct. Atlanta 1890.
- Stocquart** — Notes sur les réactions chimiques du liquide vulvo-vaginal. Journ. d'accouchement. Liège 1891 XII, 105.

- Touton.** — Des gonocoques dans le tissu de la glande de Bartholin.
Arch. fur dermatologie und syphilis. T. XXV. An 1893.
- Velpeau.** — Dictionnaire de médecine en XXX. vol Art. Vulve
phlegmon et abcès. p. 978.
- Vidal de Cassis.** — I) Path. externe : Des inflammations et abcès de
la vulve. 1846. T. V, p. 561.
- Welander.** — Ueber das Vorkommen der gonococcen. bei bartholi-
nitis vierteljareschrift fur dermat. und syphilis. 1889. p. 19.

